

**EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA
ENTREANESTESIOLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE
TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER
NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL
TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL
2012**

AUTORES

DIANA CHANGO
FLOR PANCHÁ
EDGAR PAREDES

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE POSGRADO EN ANESTESIOLOGÍA

Quito, Febrero 2013

**EVALUACIÓN COMPARATIVA ENTRE LA CALIDAD DE VIDA
ANESTESIOLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN
HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL
DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST
WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012**

AUTORES

DIANA CHANGO
FLOR PANCHÁ
EDGAR PAREDES

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial
para optar el Título de Especialista,
en Anestesiología

Tutor

Dr. Manuel Panzeri

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE POSGRADO EN ANESTESIOLOGÍA

Quito, Febrero 2013



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1.- Identificación del Documento y Autor

Nombre del autor(es):

Diana Elizabeth Chango Chasi, Flor María Pancha Ramos y Edgar Fabián Paredes Pardo

Correo electrónico personal:

Dianich2md@hotmail.com, dr.flormaria1705@hotmail.com, edgarp32001@hotmail.com

Título de la obra:

"EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE ANESTESIOLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012"

Tema del trabajo de investigación: Calidad de vida, anestesiólogos, cirujanos generales, agotamiento profesional, valor de la vida

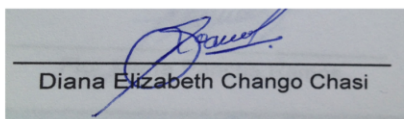
2.- Autorización

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Diana Elizabeth Chango Chasi

En calidad de coautora del trabajo de investigación o tesis realizada sobre: "EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE ANESTESIOLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de lo que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8,19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Diana Elizabeth Chango Chasi

3.- Formato digital (CD):

Con la portada correspondiente, El trabajo de tesis deberá ser grabado en un solo archivo en formato de texto ".doc" (Microsoft Word).

FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1.- Identificación del Documento y Autor

Nombre del autor(es):

Diana Elizabeth Chango Chasi, Flor María Pancha Ramos y Edgar Fabián Paredes Pardo

Correo electrónico personal:

Dianich2md@hotmail.com, dr.flormaria1705@hotmail.com, edgarp32001@hotmail.com

Título de la obra:

"EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE ANESTESIÓLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012"

Tema del trabajo de investigación: Calidad de vida, anestesiólogos, cirujanos generales, agotamiento profesional, valor de la vida


2.- Autorización

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Flor María Pancha Ramos

En calidad de coautor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre: "EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE ANESTESIÓLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de lo que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8,19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Flor María Pancha Ramos

3.- Formato digital (CD):

Con la portada correspondiente, El trabajo de tesis deberá ser grabado en un solo archivo en formato de texto ".doc" (Microsoft Word).



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

1.- Identificación del Documento y Autor

Nombre del autor(es):

Diana Elizabeth Chango Chasi, Flor María Pancha Ramos y Edgar Fabián Paredes Pardo

Correo electrónico personal:

Dianich2md@hotmail.com, dr.flormaria1705@hotmail.com, edgarp32001@hotmail.com

Título de la obra:

"EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE ANESTESIOLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012"

Tema del trabajo de investigación: Calidad de vida, anestesiólogos, cirujanos generales, agotamiento profesional, valor de la vida

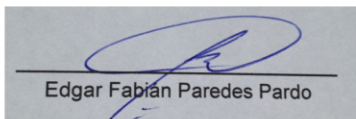
2.- Autorización

AUTORIZACIÓN DE LA AUTORÍA INTELECTUAL

Yo, Edgar Fabián Paredes Pardo

En calidad de coautor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre: "EVALUACIÓN COMPARATIVA DE LA CALIDAD DE VIDA ENTRE ANESTESIOLOGOS Y CIRUJANOS GENERALES QUE TRABAJAN EN HOSPITALES PÚBLICOS DEL SEGUNDO Y TERCER NIVEL DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO POR MEDIO DEL TEST WHOQOL – BREF, ENTRE SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DEL 2012", por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hacer uso de todos los contenidos que me pertenecen o parte de lo que contiene esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8,19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su reglamento.



Edgar Fabián Paredes Pardo

3.- Formato digital (CD):

Con la portada correspondiente, El trabajo de tesis deberá ser grabado en un solo archivo en formato de texto ".doc" (Microsoft Word).

ACEPTACIÓN DEL TUTOR

Por la presente dejo constancia que he leído el Proyecto de Trabajo de Grado (Tesis), presentado por los señores (itas) Diana Chango, Flor Pancha y Edgar Paredes para optar el Título de Especialista en Anestesiología cuyo título tentativo es: **Evaluación comparativa de la calidad de vida entre anesthesiologists and general surgeons who work in public hospitals of the second and third level of the Metropolitan District of Quito by means of the Test WHOQOL – Bref, between September and October 2012**; y en tal virtud, acepto asesorar al estudiante, en calidad de Tutor, durante la etapa del desarrollo del trabajo de grado hasta su presentación y evaluación.

En la ciudad de Quito, a los veinte y cinco del mes de Diciembre del año Dos mil doce.

Firma

Dr. Manuel Panzeri

Cd. N°

DEDICATORIA

"A nuestros padres y maestros, quienes son los verdaderos gestores de
nuestros logros"

CONTENIDO

	pp.
a. Cubierta.....	I
b. Guarda	II
c. Portada	III
d. Formulario de autorización para la publicación en el repositorio institucional.....	IV
e. Constancia de aprobación del tutor.....	VII
f. Dedicatoria.....	VIII
g. Contenido general	X
h. Lista de cuadros	XI
i. Lista de gráficos.....	XII
j. Resumen.....	XIV
k. Abstract.....	XV

I	INTRODUCCIÓN.....	1
II	MARCO TEÓRICO.....	4
	II.I Factores que alteran la calidad de vida de un profesional Anestesiólogo.....	6
	II.II Agentes estresores.....	7
	II.III Ciclo del estrés.....	9
	II.IV Impacto sobre la salud del Anestesiólogo.....	12
	II.IV.I Impacto sobre la salud.....	12
	II.IV.II Impacto familiar.....	14
	II.IV.III Impacto laboral.....	14
	II.IV.III.I Hospitales como representación de empresas que administran hospitales familiarmente responsables.....	15
	II.IV.III.II Acreditación con estándar Great Place to Work.....	16
	II.V Evaluación de la calidad de vida.....	18
III	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	22
IV	HIPÓTESIS.....	28
V	OBJETIVOS.....	29
	V.I Objetivo general.....	29
	V.II Objetivos específicos.....	29
VI	VARIABLES, MATRIZ Y OPERACIONALIZACIÓN.....	30
VII	SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS.....	32
	VII.I Diseño.....	32
	VII.II Universo, población y muestra.....	32
	VII.III Técnicas, instrumentos y estandarización.....	36
	VII.IV Metodología.....	38
VIII	PLAN DE ANÁLISIS.....	39
IX	NORMAS ÉTICAS.....	40

X	RECURSOS.....	41
	X.I Recursos Humanos.....	41
	X.II Recursos técnicos.....	41
	X.III Recursos económicos.....	41
	X.IV Rubros y gastos.....	41
XI	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	42
XII	RESULTADOS Y ANÁLISIS	43
	XII.I Distribución de la población.....	44
	XII.II Análisis de la Calidad de Vida.....	45
	XII.III Análisis de factores inherentes a la población sobre los resultados.....	57
	XII.IV Conclusiones.....	66
XIII	DISCUSIÓN.....	68
XIV	RECOMENDACIONES.....	73
XV	BIBLIOGRAFÍA.....	75
XVI	ANEXOS.....	79
	XVI.I Instrumento para recolección de información.....	79
	XVI.II Ficha para la forma de Consentimiento informado.....	84
	XVI.III Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo.....	85
	XVI.IV Guía de prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo	92

LISTA DE CUADROS

CUADRO	pp.
1. Tamaño muestral para anestesiólogos.....	34
2. Tamaño muestral para cirujanos generales.....	34
3. Rubros y gastos para realizar el estudio.....	41
4. Distribución de los Médicos Especialistas anestesiólogos y cirujanos generales..	44
5. Percepción de la calidad de vida en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	46
6. Pruebas F y T sobre la percepción de la calidad de vida en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	47
7. Percepción de la salud personal en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales.....	48
8. Pruebas F y T sobre la percepción de la calidad de vida en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	49
9. Salud física en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	50
10. Pruebas F y T sobre la salud física en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	51
11. Salud psicológica en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales.....	52
12. Pruebas F y T sobre la salud psicológica en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	53
13. Salud social en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	54
14. Pruebas F y T sobre salud social en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	55
15. Salud ambiental en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales.....	56
16. Pruebas F y T sobre la salud ambiental en Médicos anestesiólogos Vs cirujanos generales	57
17. Influencia del sexo sobre las esferas de la calidad de vida.....	58
18. Influencia del grupo etáreo sobre las esferas de la calidad de vida.....	61
19. Influencia del horario de la jornada laboral sobre las esferas de la calidad de vida	62
20. Influencia del estado civil sobre las esferas de la calidad de vida.....	64
21. Resumen de los hallazgos del estudio.....	67

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO	pp.
1. Percepción de la calidad de vida por sexo.....	59
2. Salud psicológica por sexo.....	60
3. Percepción de la salud propia de acuerdo al horario de la Jornada laboral.	63
4. Salud física de acuerdo al estado civil.....	65

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
PROGRAMA DE POSGRADO EN ANESTESIOLOGÍA

Evaluación comparativa de la calidad de vida entre anestesiólogos y cirujanos generales que trabajan en hospitales públicos del segundo y tercer nivel del Distrito Metropolitano de Quito por medio del Test WHOQOL – Bref, entre Septiembre y Octubre del 2012

Autor: Diana Chango
Flor Pancha
Edgar Paredes

Tutor: Dr. Manuel Panzeri
Fecha: Enero 2013

RESUMEN:

Introducción: La calidad de vida de los profesionales encargados del cuidado de la salud es un área poco evaluada a pesar de las múltiples evidencias observacionales de una calidad de vida relativamente baja en comparación a otras profesiones. Esto es de particular interés en anestesiólogos quienes parecen ser los especialistas con una de las mayores afectaciones de acuerdo a la literatura

Objetivo: Determinar si los niveles de calidad de vida de los médicos especialistas en Anestesia, medida por el test WHOQOL en su versión Bref, se encuentran por debajo de los niveles considerados óptimos (60%) y es inferior al mostrado en profesionales especialistas en cirugía general

Metodología: Se aplicó individualmente el Test WHOQOL en su versión Bref a los anestesiólogos y cirujanos generales de los Hospitales de segundo y tercer Nivel del Ministerio de Salud Pública. La relación entre la calidad de vida y las variables de interés como sexo, edad, estado civil, años de ejercicio profesional, horario de trabajo, número de horas trabajadas, se evaluó por medio de pruebas no paramétricas, mientras que para las comparaciones intergrupo para las variables cuantitativas se usó una T de diferencia de promedios previa aplicación de prueba F para homogeneidad de varianzas.

Resultados: La calidad de vida global de los médicos especialistas anestesiólogos es inferior a aquella correspondiente a los médicos especialistas cirujanos generales, lo que involucra a las esferas de Percepción de la calidad de vida, salud física, psicológica, social y ambiental. La Percepción de la salud ($p = 0,048$) y la Salud Psicológica ($p = 0,048$) son inferiores en las mujeres profesionales de frente a sus pares hombres. La Percepción de la Salud es mejor entre los profesionales que trabajan en el horario matutino de frente a quienes lo hacen en el horario vespertino ($p = 0,023$)

Conclusiones: El nivel de calidad de vida es inferior en los médicos especialistas anestesiólogos comparado con sus pares cirujanos generales. Esto se hace particularmente importante para los profesionales mujeres y para aquellos que trabajan en los horarios vespertinos.

Abstract

Background: The physician's quality of life is a poor assessed area despite multiple observational evidence that shows low quality of life levels in comparison with other professionals. This is of particular interest in anesthesiologists who seem to be specialists more affected.

Objectives: To determine if Anesthesiologist's quality of life was below levels considered optimal (60%) and to determine if it is lower than General Surgeons Quality of life.

Methodology: WHOQOL Test Bref version was applied to the Anesthesiologists and General Surgeons in second and third level Ministry of Health Hospitals. The relationship between quality of life and sex, age, marital status, years of professional practice, and working hours, was assessed with non-parametric data tests, while the intergroup comparisons were performed with T Test previous F Test was applied.

Results: Anesthesiologists quality of life was lower than their counterparts, the General Surgeons, involving areas of life perception, physical, psychological, social and environmental health. Health perception ($p = 0,048$) and psychological health ($p = 0,048$) were lower in female professionals. Health perception was better in professionals working in the morning compared with the ones who work in the afternoon ($p = 0,023$).

I.INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la Organización Mundial de Salud (OMS), la calidad de vida es "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno" ¹.

La calidad de vida de un individuo se determina a través de:

- Las necesidades que tiene o no satisfechas y en qué grado
- Las aspiraciones personales son o no factibles de ser realizadas ².

Las necesidades de las personas pueden ser divididas en cuatro tipos principales:

- Físicas: trabajo, educación, vivienda, ingresos.
- Intelectuales: aprendizaje, desarrollo y crecimiento personal.
- Emocionales - sociales: relaciones, salud emocional, uso del tiempo libre.
- Espirituales: auto-realización, renovación personal, sentido de trascendencia².

La calidad de vida abarca todas y cada una de estas áreas por ello en los profesionales de salud es un tema que presenta gran interés en los distintos ámbitos como son el político, económico, social y

principalmente en salud, debido a ello existe la necesidad constante de valorar, la satisfacción individual de una persona que se encuentra inserta en un medio biopsicosocial que cambia constantemente ², y ha aumentado su interés en la repercusión que el estrés ocasiona en los ámbitos citados ³.

En los profesionales médicos anestesiólogos y cirujanos el estrés es inevitable y se convierte en algo perjudicial cuando se pierde el control sobre él, trayendo como consecuencia problemas físicos y psicosociales ⁴.

Los profesionales de la salud siempre han tenido un rol importante y primordial en contribuir a mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente y su familia. Pero ¿qué ocurre con la calidad de vida de los mismos?, ¿Mantienen un equilibrio interno que les permita considerar su calidad de vida como adecuada?, ¿Influye la carga de trabajo y el tiempo disponible? ²

Existen evidencias, directas e indirectas, de que la concepción de calidad de vida adecuada, no es real entre anestesiólogos y Cirujanos, debido a que la Anestesiología y la Cirugía son áreas identificadas como algo extremadamente estresante⁵.

El objetivo de esta investigación es comparar la calidad de vida entre anestesiólogos y cirujanos generales que trabajan en hospitales públicos de segundo y tercer nivel del Distrito Metropolitano de Quito entre los meses de Septiembre y Octubre del 2012, para ello aplicaremos el instrumento internacional denominado Whoqol-Bref (World Health Organization, Quality of Life).

La iniciativa de OMS para desarrollar una evaluación de la calidad de vida surgió por varios motivos. En los últimos años ha habido una ampliación en el concepto de la medición de salud, yendo más

allá de los indicadores tradicionales, como la mortalidad y la morbilidad (por ejemplo, Banco Mundial, 1993; OMS, 1991)¹, incluyendo medidas de los efectos de la enfermedad y el deterioro en las actividades diarias. Estas medidas, ofrecen una medida del impacto de la enfermedad, pero no evalúan por completo la calidad de vida per se, lo que ha sido descrito acertadamente como "la falta de medición en salud" (Fallowfield, 1990)².

El modelo cada vez más mecanicista de la medicina, sólo con la erradicación de la enfermedad y síntomas, refuerza la necesidad de la introducción de un elemento humanista en la atención de salud. La evaluación de la calidad de vida en salud se centra en este aspecto y las intervenciones resultantes prestarán mayor atención al bienestar. Esta iniciativa de OMS para desarrollar una evaluación de calidad de vida surge de la necesidad de una medida verdaderamente internacional y de un compromiso con la continua promoción de un enfoque holístico a la salud y la atención de salud⁴.

II. MARCO TEÓRICO

El escenario laboral actual para los anestesiólogos ha sufrido cambios vertiginosos en los últimos tiempos debido a efectos de la globalización económica, las nuevas reglas de mercado y a las nuevas tendencias de los modelos de gestión y administración en salud ^{7,8}. En este escenario cobran una importancia superlativa los riesgos profesionales relacionados a la organización laboral ⁹, la misma que depende del equilibrio de la política laboral de la institución empleadora, del diseño del puesto trabajo, de la densidad de tareas y del calendario laboral. Sin dudas el calendario laboral es uno de los pilares de la organización para el trabajador, pues involucra la cantidad y calidad de ejercicio profesional al que se verá sometido.

El calendario laboral se compone de la interrelación dinámica de variables tales como la carga horaria, el segmento del día en que se efectúa la actividad laboral, y la organización de los turnos de trabajo en cuanto a hora de comienzo, dirección, rotación y momentos de descanso¹⁰.

La realidad nos muestra que los anestesiólogos trabajan largas horas en ambientes estresantes, sin facilidades para el descanso adecuado ¹¹. En ese contexto el perfil del calendario laboral del especialista en anestesia caracteriza por un exceso de horas trabajadas por día y semana, jornadas continuas y sin descanso, y horarios sin facilidades para el reposo nocturno ^{9,11}.

Varios estudios realizados en otros países evidencian que en el caso de los especialistas en anestesiología se registraron cargas horarias entre 24-72 horas semanales en Latinoamérica y entre 24-96 horas semanales en USA.

En Nueva Zelanda la carga horaria registrada fue entre 35- 95 horas

semanales, remarcando que el 47% de especialistas reportaron trabajar más de 70 horas semanales en los últimos 6 meses, y periodos continuos de trabajo de 20 horas promedio. En el Reino Unido la carga horaria registrada se encontró entre 48- 112 horas semanales ¹⁰.

El 2 de Febrero del 2012 en Ecuador por medio de la Resolución del Ministerio de Relaciones Laborales MRL-2011-000033, se determinó que los médicos, odontólogos, obstetrices, psicólogos clínicos, enfermeras, tecnólogos médicos, profesionales en química y farmacia, que trabajan en servicios de salud pública, indistintamente de sus nombramientos tendrían una jornada de trabajo de 8 horas diarias; mientras que, los médicos radiólogos, lo harían 4 en radiología y 4 en actividades atinentes ⁹.

La Anestesiología es una de las especialidades médicas en donde la ansiedad y el estrés se presentan con mayor frecuencia. Esto se debe al alto grado de responsabilidad dejado en las manos de estos profesionales, cuyo margen de error debería ser nulo cada vez que se realiza un acto anestésico. Esto termina por desgastar física y emocionalmente al especialista anestesiólogo, lo que sumado a la sobrecarga laboral reduce considerablemente la calidad de vida ^{9, 13, 15, 17}.

La calidad de vida es un concepto multidimensional que representa la percepción que tiene cada uno sobre la propia existencia. Esta percepción se da partir de la integración de una serie de características inherentes a la persona, como la salud física, mental y social, sumado a las expectativas y proyecto de vida; estas características se expresan a partir de la interacción de una serie de factores propios del entorno geográfico y cultural en el que vive y se desenvuelve el individuo ¹².

Una persona tiene una buena calidad de vida profesional cuando experimenta un bienestar derivado del equilibrio entre las demandas de su trabajo y la capacidad para afrontarlas, de manera que a lo largo de su vida consigue un desarrollo óptimo de la esfera profesional, familiar y personal ⁸.

II.I Factores que alteran la calidad de vida de un profesional anestesiólogo

Los factores de riesgo en el anestesiólogo se vinculan a los calendarios laborales inadecuados, en los cuales existe un desequilibrio entre las horas trabajadas y las horas de descanso, situación que lo distingue de otras especialidades. Los diferentes niveles de riesgo para la salud están en función, entre otros factores, de la forma en la que está estructurado el calendario laboral ⁸.

Para poder categorizar los factores estresantes a los que pueden verse sometidos los profesionales de la salud, se ha propuesto su división en 4 tipos:

- a. *Factores de estrés profesional:* determinados por el proceso de profesionalización, en que el médico asume gradualmente una gran responsabilidad, la que debe compatibilizar con una importante carga académica, asistencial, y social ⁸.
- b. *Factores de estrés situacional o físico:* derivados de los sistemas de formación de especialistas; los que históricamente han implicado una gran demanda física e intelectual, producto de largas jornadas laborales diurnas además de la realización de turnos y la actividad académica inherente al proceso de formación ⁹.
- c. *Factores de estrés organizacional:* derivados de la manera en la que los servicios de salud están estructurados, ya que no todos poseen la infraestructura, sistema administrativo, equipamiento mínimo, personal suficiente y una adecuada remuneración por el trabajo realizado ¹⁰.

- d. *Factores de estrés personal y familiar:* que se encuentran relacionados a una serie de eventos propios de cada etapa del ciclo vital ¹⁰, además de características personales familiares y sociales.

II.II Agentes estresores

Todo suceso, situación o persona que encontramos en nuestro medio ambiente puede ser potencialmente estresor. Los estresores ambientales son los aspectos físicos presentes en el ambiente de trabajo, percibidos anormalmente por uno o más de los cinco sentidos ¹³. A continuación se describirán algunos ejemplos de factores estresores:

- a. Luz: Los quirófanos de nuestra ciudad se caracterizan por una escasa iluminación natural, debido a su localización en subsuelos o en áreas altamente aisladas del exterior. La iluminación, color e intensidad contribuyen al rendimiento del profesional y al estado de bienestar del paciente^{12,13}.

La Iluminación de Quirófano de 100.000 Lux equivale a la emitida por el sol de medio día y gran parte de esta luz no se ve reflejada sino absorbida por el organismo, produciendo principalmente alteraciones cutáneas como: cloasmas, pigmentaciones, deshidratación de la piel¹³.

La Iluminación entre 7000 y 12000 Lux acompañados con ciclos de cambios en la iluminación de quirófano requerido por ciertos procedimientos quirúrgicos como las cirugías laparoscópicas han reportado alteraciones en el ritmo circadiano y mayores índices de depresión¹⁴.

- b. Ruido: El Anestesiólogo está expuesto a altos niveles de ruido existentes en el área quirúrgica de manera aguda (barotrauma auditivo) o crónica que surge de la suma de varios ruidos como: conversaciones simultaneas, choque de instrumentos, apertura de

guantes, movimientos de equipos, motores de equipos eléctricos (sierra eléctrica, electrocauterios, electo bisturí, bisturí armónico, equipos de mantas térmicas, dispositivos de aspiración de secreciones y fluidos). Además los sonidos que no pueden ser omitidos por normas de seguridad internacional provenientes de la monitorización básica y avanzada continúa del paciente entre ellos: Ruidos Cardíacos, Tensión Arterial, Pulsioximetría, etc. y sus respectivas alarmas^{13, 14}.

Las Exposiciones continuas superiores a 90 y 100 decibeles (dB) o las Exposiciones Intermitentes mayores a 130 decibeles (dB) son traumáticas para el oído interno particularmente a nivel del órgano de Corti y pueden producir hipoacusia, interferencia en la comunicación oral lo que conlleva el riesgo de mal interpretación de comandos verbales además de trastornos del sueño.

Un incremento de 10 dB implica que la intensidad de un sonido ha aumentado 10 veces¹⁴.

La Normas de la OSHA (Administración de Salud y Seguridad Ocupacional, agencia gubernamental de EE.UU., dedicada a establecer estándares de seguridad ocupacional y son usados como referencia a nivel internacional) exigen la utilización de dispositivos de protección auditiva en entornos en donde las intensidades de sonido son de al menos 90dB durante 8 horas¹⁵.

c. Temperatura: Existen normativas sobre la temperatura del quirófano requeridos en las diversos tipos de cirugías y características propias del paciente. La temperatura de quirófano oscilan entre 18 a 21° C; temperaturas mayores son establecidas en la Cirugías pediátricas, cirugías de pacientes adulto mayores y quemados mientras temperaturas inferiores se han programado para cirugía cardíaca y de trasplantes. Las que conllevan a un mayor desgaste energético y disminución en la capacidad de respuesta^{13, 14}.

d. Aire ambiente: En general el ambiente de quirófano se contamina por gases y vapores anestésicos, dióxido de carbono exhalado por el paciente y el personal de la sala de operaciones, pacientes que presentan lesiones con altas concentraciones bacterianas, los que constituyen un riesgo de exposición para el personal de salud^{15, 16, 17}. No todos los hospitales de nuestra ciudad disponen de un sistema adecuado de extracción y eliminación de gases por lo que se incrementa la contaminación ambiental de la sala de operaciones y áreas adyacentes, ya que muchos gases anestésicos son eliminados por el paciente una vez que este se encuentra despierto en la sala de recuperación^{13, 14}.

En general las Sociedades Científicas y de Seguridad Laboral, ASA (American Society of Anesthesiologists), CLASA (Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesia), OSHA, SEDAR (Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación), establecen que el aire de quirófano debe ser cambiado de 20 a 25 veces/ hora y emplear sistemas de filtración de alta eficacia tanto para el aire que recircula y para el aire fresco que ingresa¹⁵.

II.III Ciclo de estrés

El estrés laboral se comporta como un proceso dinámico, acumulativo generando la activación del ciclo del estrés, el que desgasta paulatina y permanentemente los sistemas biológicos¹¹.

Hans Selye médico fisiólogo pionero en las investigaciones sobre estudio del estrés y por eso considerado (El Padre del Estrés) como factor que influencia la calidad de vida estableció tres fases o estados de adaptación al estrés, que se describen a continuación^{8, 9, 11}:

Fase de alarma: Las reacciones de alarma conforman la primera fase del proceso de stress frente a la agresión, estas provocan la activación glandular endócrina.

El cerebro, al detectar la amenaza o riesgo, estimula al hipotálamo quien produce liberación de hormonas como la A.C.T.H. (Hormona Corticotropica Adrenal) y las catecolaminas, preparando al organismo para una acción rápida. Durante esta etapa aparecen los síntomas como: respiración entrecortada y acelerada, aumento del ritmo cardíaco, aumento de la presión arterial, ansiedad, y angustia^{11,16}.

Fase de resistencia o adaptación: Se produce cuando el estímulo estresor se mantiene, provocando que se inicie un estado que permite compensar los gastos de energía ocasionados por el estrés y de este modo contrarrestar el agotamiento del organismo. Se secretan hormonas como los catecolaminas, glucocorticoides, insulina las cuales si no son reguladas por mecanismos de compensación pueden conducir al organismo a un estado hipercatabólico. Esta fase es influenciada en forma marcada por la personalidad de cada individuo y el sistema organizativo de la institución. El individuo de manera consciente o inconsciente adopta conductas diferentes: algunos se preparan para afrontar el estrés, mientras que otros pasan a la fase de agotamiento^{11, 16,17}.

Fase de agotamiento: la disminución de los sistemas de respuesta del organismo frente a una situación de estrés prolongado anula las capacidades fisiológicas de adaptación. En esta fase el profesional sucumbe ante las demandas, y se produce un desgaste en la salud, actuación profesional, seguridad del paciente y vida familiar^{10, 11, 16, 17}.

En 1974, Freudenberger, a partir de estudios sobre el estrés, introduce el concepto de burnout "estar quemado"¹⁸ haciendo referencia a un estado patológico de cansancio profesional^{18,19}. El término burnout ha sido aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por la Dra. Cristina Maslach, investigadora de la Universidad de California y

una de las pioneras en el estudio de Burnout. Los trabajos de Maslach delimitaron esta patología a un síndrome con tres estadios, propio de profesionales que tengan contacto directo con personas durante su trabajo, con particular interés en profesionales de la salud¹⁸.

El Síndrome de Burnout, también llamado Síndrome de Agotamiento Profesional, es considerado según la OMS a partir 1999, como un riesgo laboral, ya que causa detrimento en la salud mental del trabajador que lo presenta con afectación en la calidad de atención.

Las tres fases del síndrome de Burnout desarrolladas por Maslach y Jackson son:

1. Agotamiento emocional
2. Despersonalización
3. Baja Realización Personal

1. Agotamiento Emocional: experimentado como vacío y falta de recursos emocionales con la consiguiente sensación de no tener más que ofrecer a nivel afectivo a los demás. De esta etapa surge el término anglosajón "Burnout" que es una expresión popular que hace referencia a sentirse "quemado, agotado, sin energía"^{17,18}.

2. Despersonalización: es una alteración de la percepción de uno mismo de tal manera que uno se siente "separado" de los procesos mentales o corporales, como si uno fuese un observador externo a los mismos; esto lleva a cortar o evitar las relaciones al mínimo como una estrategia para defenderse del compromiso emocional. Se muestra indiferencia y frialdad ante las necesidades y los sentimientos de los demás, teniendo consecuencias deshumanizadoras para uno mismo y para quienes lo rodean ^{17,18}.

3. Baja realización personal: es una sensación de inadecuación al trabajo

y desmotivación a las tareas inherentes. Disminuye la autoestima y se pierde el deseo de tener éxito. Se experimenta culpa porque no se consigue ayudar a los demás ni a realizar el ideal de la propia vida^{17, 18}.

Algunas personas llegan a la convicción de haberse equivocado de trabajo o de haber fracasado como seres humanos con el consiguiente deterioro de la imagen de sí mismo.

Así pues los anestesiólogos son un grupo de alto riesgo para desarrollar este síndrome, como ha sido ya demostrado en diferentes estudios afectando gravemente su salud y calidad de vida^{17, 18, 19}.

II.IV Impacto sobre el Anestesiólogo

II.IV.I Impacto sobre la salud

El estrés laboral produce un desgaste paulatino de los sistemas biológicos pudiendo provocar trastornos físicos, psicológicos, y conductuales.

Las enfermedades físicas más comunes incluyen desde gastritis, úlcera gastroduodenal, lumbociatalgia, disminución de la inmunidad, y disminución de la libido hasta enfermedades cardiovasculares como hipertensión arterial, angina e infarto¹³.

En el siglo pasado durante la década de los 60 y 70 la revista *Anesthesiology* publicó los primeros resultados de las investigaciones de Bruce et al relacionadas a la evaluación de los factores de riesgo asociados con mortalidad entre anestesiólogos. En ellos participaron 274 anestesiólogos comprendidos entre las edades de 25 a 82 años con un seguimiento de 10 años y de 20 años respectivamente obteniéndose 261 copias de partidas de defunción a partir de las cuales se evaluaron las causas de mortalidad, encontrándose de manera predominante enfermedades cardiovasculares (Infarto agudo de miocardio (46%), enfermedad cerebro vascular) seguidas de neoplasias malignas (digestivas, respiratorias, leucemias) y un porcentaje de suicidios

alarmante (9%).

La misma revista para la década de los 80 publica los resultados de una nueva serie de datos recolectados por Aldrette et al; los datos obtenidos replicaron los resultados de Bruce, confirmando la gravedad de los hallazgos.

Jenckis y Bruce, en su revisión bibliográfica “ The chronic exposure to anaesthetics: a toxicity problem?” publicados en la Revista de la Sociedad Canadiense de Anestesiología reportaron 8 casos de anesthesiólogos y 10 de enfermeras de sala de operaciones en los que demostraron que la inhalación crónica de halogenados y óxido nítrico en dosis bajas, afectan al sistema nervioso central y produciendo alguno de los siguientes síntomas: cefalea, somnolencia, astenia, apatía, mareo, cambios de conducta, irritabilidad e impaciencia, agresividad, disminución de la memoria, depresión moderada a severa.

Entre los desórdenes psíquicos se describen la ansiedad, depresión, dificultad de concentración y disminución del estado de alerta ²⁰. Mientras que entre los trastornos en la conducta se encuentran alcoholismo, consumo de psicofármacos, abuso de drogas y conductas agresivas.

La farmacodependencia es una enfermedad progresiva, devastadora, recidivante, crónica de difícil tratamiento. En los últimos años estudios han reportado más casos de farmacodependencia a opiáceos entre anesthesiólogos más que en otras especialidades.

Entre los anesthesiólogos de EEUU hay una incidencia reportada de farmacodependencia del 1% al 5%, en el 75% de casos se encontró adicción a los opiáceos siendo el fentanilo el narcótico más consumido.

En Latinoamérica los estudios reportan una incidencia de 1.7%, reportándose que un 50% eran menores de 30 años y una tercera parte de estos eran residentes en formación ^{20, 21, 22}.

Las consecuencias dramáticas para su vida personal, laboral, familiar y social son muy graves con un deterioro de su calidad de vida, síndrome de abstinencia, angustia y depresión que muchas veces terminan en sobredosis o suicidio, que es tres veces superior que otras especialidades^{20, 21}.

II.IV.II Impacto familiar

Se caracteriza por dificultades para balancear la vida familiar, aislamiento, fracaso de vínculo con hijos, dificultades en la relación de pareja, falta de soporte afectivo, divorcios y destrucción familiar.

El estrés conyugal y familiar es provocado por factores externos como problemas, el tráfico, tensión en el sitio de trabajo, los que provocan a su vez reacciones negativas internas en la familia.

II.IV.III Impacto laboral

La Organización Internacional del Trabajo(OIT) reconoce que el entorno laboral puede ser un agente capaz de deteriorar la salud de las personas durante el desempeño de su trabajo.

En la actualidad en el mundo médico y laboral es frecuente manejar conceptos como “Calidad de vida Laboral” que puede definirse como la dinámica de la organización del trabajo que permite mantener o aumentar el bienestar físico y psicológico del hombre con el fin de lograr una mayor congruencia con su espacio de vida total.

Entre otras, se destacan la falta de interés laboral, el ausentismo laboral, insatisfacción laboral, trabajo de pobre calidad, contribuir a cometer errores médicos, en algunos casos pueden llegar a mala praxis y los consiguientes problemas legales, llevando todas estas situaciones a

pérdida de imagen profesional y en algunas ocasiones al abandono o al cambio de la especialidad y al retiro prematuro de la especialidad, y en casos extremos de problemas legales en proceso de juicios civiles y/o penales, llegando al suicidio.

El objetivo que se persigue con la mejora de calidad de vida laboral es humanizar el lugar de trabajo y dar respuesta a las necesidades individuales del trabajador por lo que ciertos hospitales y empresas de salud han conseguido las acreditaciones como son los Hospitales Familiarmente responsables y el Great Place to Work

II.IV.III.I Hospitales como representación de empresas que administran hospitales familiarmente responsables

El rendimiento del talento humano de una organización puede disminuir cuando no se hace un adecuado programa de flexibilización laboral¹².

Equilibrar la vida laboral y personal se ha convertido en un aspecto que las empresas que brindan servicios de salud han empezado a desarrollar, pues son conscientes que sus empleados son mucho más que mano de obra ¹³.

Las empresas familiarmente responsables son aquellas organizaciones en las que el empleador concilia con el trabajador las alternativas que mejor se acomoden a su desempeño y que no afecten negativamente en la misión, visión y objetivos de la empresa y por el contrario aumentar su rendimiento y producción, lo que se traduce en un beneficio mutuo para la empresa y el trabajador ¹³.

Las Empresas Familiarmente Responsables, se han convertido en clave para solucionar los inconvenientes que se evidencian, entre otros puntos, con el bajo rendimiento del personal, la disminución en el cumplimiento de

metas, enfermedades por el estrés causado por la presión de la compañía, rompimiento de matrimonios y la pérdida del sentido familiar, entre otros.

El modelo de las empresas familiarmente responsables permite a las empresas definir su situación en cuanto a políticas, prácticas, cultura flexible y responsable para determinar si se están utilizando adecuadamente los recursos destinados a la conciliación de vida laboral, familiar y personal ¹².

Algunas de las empresas que proporcionan servicios de salud que ponen en práctica encuentran las siguientes utilidades: ¹²

La cultura flexible y responsable se construye sobre la base de la confianza, la madurez y el profesionalismo de cada uno de los involucrados.

II.IV.III.II Acreditación con estándar Great Place to Work

Investigadores, líderes, analistas de medios y el público en general aceptan a Great Place to Work® (Gran Lugar para trabajar) y sus métricas para establecer el estándar definitivo de lo que es un excelente lugar de trabajo ¹⁵.

Sin embargo surge la pregunta acerca de ¿Qué es un excelente lugar de trabajo? Los estudios de Great Place to Work® alrededor del mundo han comprobado que los colaboradores consideran que un lugar de trabajo es excelente cuando: ¹⁵

- Confían en las personas para las que trabajan.
- Sienten orgullo de lo que hacen.

- Disfrutan de las personas con las que trabajan.

La confianza es la característica principal de los excelentes lugares de trabajo y se crea a través de la credibilidad de los líderes, el respeto que los colaboradores perciben y la justicia con la que se trata a los colaboradores. Adicionalmente, el nivel de orgullo y el compañerismo, son otros componentes esenciales ¹⁵.

Great Place to Work® mide de manera precisa los comportamientos y el ambiente de los lugares de trabajo a través de 76 afirmaciones específicas incorporadas a una encuesta denominada Trust Index© para colaboradores.

Llama mucho la atención que en Ecuador existe una ausencia de las unidades prestadoras de servicios de salud dentro de los primeros treinta sitios reconocidos como Great places to work, lo que sin duda nos lleva a pensar que existen ciertos factores comunes a las mismas que pueden incidir negativamente en el ambiente hospitalario.

En el XIII Congreso Latinoamericano de Anestesia y I Congreso Ecuatoriano de Anestesia realizado en 1975, los Delegados de la Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología (CLASA) entidad miembro de la Federación Mundial de Sociedades de Anestesia (WFSA), recomendaron hacer énfasis en los riesgos laborales a los que están expuestos los médicos anestesiólogos.

Con estos antecedentes la Asamblea de Delegados de la CLASA, en el 2003 emitió recomendaciones a través de la Guías de prevención y protección de los riesgos profesionales del anestesiólogo y adicionalmente en el año 2006 publica las Directivas de horas de trabajo y descanso del anestesiólogo para Latinoamérica de CLASA en donde se hace énfasis en remuneración justa, entorno laboral y disposiciones mínimas en particular de las horas y el medio de trabajo con el fin de elevar el nivel de protección de la seguridad y de la salud de los

anestesiólogos, mediante la implementación de recomendaciones a seguirse.

II.V Evaluación de la calidad de vida

La definición del concepto salud elaborado en el año 1948 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) cambió el paradigma de la definición de salud dejando de ser "ausencia de enfermedad", para ser definida como el estado de bienestar físico, psicológico y emocional de un individuo y el entorno que lo rodea.¹¹ Esto representó un reto para la comunidad científica, que se vio en la necesidad de desarrollar los instrumentos necesarios para medir y evaluar integralmente esta nueva perspectiva.

Habitualmente el estado de salud o enfermedad de los individuos fue medido mediante evaluación de la enfermedad y reportado por medio de indicadores epidemiológicos.

A partir de 1970, debido al desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, comienza una diferenciación entre ellos. Los investigadores inician un proceso de definición, como concepto integrador, de la expresión "calidad de vida" que se extiende a todas las áreas del desarrollo humano, con carácter multidimensional, incluyendo no sólo condiciones objetivas sino también subjetivas.

La consolidación de este, así como su difusión teórica y metodológica se hizo realidad a partir de la inclusión de los estudios de calidad de vida en la primera revista monográfica de EE. UU. denominada "Social Indicators Research", en 1974 y posteriormente en la revista "Sociological Abstracts" en 1979.

Las escalas de Calidad de Vida contemplan una serie de requisitos como

son: que los beneficios se midan en una escala común, que los intervalos para medir calidad y cantidad de vida sean comparables, y que tengan como sostén las preferencias individuales ¹².

Por otro lado, los instrumentos para medir la Calidad de vida deben cumplir un grupo de propiedades que son: pertinencia, validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio.

Los instrumentos para evaluar calidad de vida se clasifican en: genéricos y específicos. Los genéricos tienen el propósito de ser utilizados en grupos de poblaciones y enfermedades diferentes, independientemente del problema que les afecte. Poseen la propiedad de permitir comparaciones entre los diferentes grupos.

Los específicos se han desarrollado para evaluar la Calidad de Vida en enfermedades determinadas ¹³. Son muy sensibles a los cambios ante un problema de salud, lo que constituye una ventaja, pero, no permiten comparar entre diferentes enfermedades ¹³.

A continuación se hace referencia a algunos de los instrumentos genéricos de determinación de calidad de vida más utilizados:

Health Utility Index (HUI) es un instrumento genérico que mide aspectos cuantitativos y cualitativos de la salud. Contempla aspectos socioeconómicos y duración de la vida en relación con la morbilidad. Tiene como base ocho atributos: visión, audición, lenguaje, movilidad, destreza, conocimiento (memoria y pensamiento), emociones (sentimientos) y dolor (incomodidad, malestar) ¹³.

Matriz de Rosser y Kind aporta una valoración de la percepción de la salud en personas con alguna enfermedad. Utiliza dos dimensiones: discapacidad y angustia, el primero con ocho niveles y el segundo con cuatro, de lo que resulta un conjunto de 29 estados de salud, admite estados peores que la muerte. Cada combinación obtiene una puntuación

que se agrega en un índice global ¹⁴.

Quality of Well Being (QWB) califica los estados de salud de los enfermos según cuatro atributos: movilidad, actividad física, actividad social y combinación síntomas/problemas. Para cada uno de los cuatro atributos se definen varios niveles y cada uno de ellos tiene asignada una puntuación-utilidad. ¹⁴

EuroQol-5D (EQ-5D) fue diseñado como un cuestionario sencillo para que pudiera ser aplicado en una variedad de condiciones: auto administrado o por entrevista, pero que facilita la obtención de valores de preferencia (utilidades) de las personas por una serie de estados de salud, y poder incluirlo en los estudios de costo-utilidad ¹³.

WHOQOL-100: surgió como una iniciativa de la OMS en un intento de desarrollar una evaluación de la calidad de vida que fuera apropiada a todas las culturas, con el fin de incluir un elemento humanista en el cuidado de la salud ^{12, 13, 14}.

WHOQOL-BREF: el WHOQOL-100 resultó muy extenso para su uso práctico en todos los casos. Por esta razón se desarrolló una forma corta de evaluación de la calidad de vida usando los datos de la valoración piloto de este y de la revisión de campo de prueba. El WHOQOL-BREF contiene 26 preguntas; 24 de ellas se formaron tomando un artículo de cada una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y fueron estructuradas en 4 dominios, las 2 preguntas restantes, una de calidad total y otra de salud general, no se incluyen en los dominios.

Validez

WHOQOL-BREF presenta validez en estudios efectuados en la población general, personal de salud, adultos mayores y otras condiciones debido a

que este es un test auto evaluativo de la calidad de vida de una persona tanto en sus varias facetas como de manera global.

En Chile, el estudio aplicado a adultos mayores y profesionales de la salud demostró ser un instrumento de confianza y de fácil aplicabilidad en Latinoamérica.

Claridad y Comprensión

La claridad del Test es aceptable con respecto a la redacción de las preguntas y estas son comprensibles debido a la adaptación lingüística en varios idiomas usado en nuestro país, teniendo presente el contenido que querían medir en su versión 26.

Estudios previos aplicaron una encuesta piloto para verificar la comprensibilidad del instrumento y el tiempo promedio de aplicación y fue aceptable para permitir un completo análisis multi factorial confirmatorio de la calidad de vida de las personas. Si se presentan inquietudes o dudas durante el Test se realizaron aclaraciones entre paréntesis a diferentes preguntas.

Fiabilidad

La fiabilidad del Test se analiza por la consistencia interna a través de los cálculos estadísticos del alpha de Cronbach, que es una medida de la correlación entre los ítems que conforman la escala. Un alpha de Cronbach superior a 0,7 es aceptable.

Es uno de los test que nos permite valorar el Aspecto de Salud Física y Psicológica, ambiente y relaciones sociales y dos ítems de calidad de vida y salud que nos permite relacionarlas entre ellas.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Problema Principal

Sobre la base de lo descrito previamente, se establece que el nivel de calidad de vida entre los médicos anestesiólogos ha sido reportado por debajo de los niveles recomendados ¹. Esto contrasta con los hallazgos encontrados con respecto a los niveles de calidad de vida de los médicos cirujanos generales¹. Esto involucra a las esferas de salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente social ^{1,3}

En nuestro país el nivel de calidad de vida de los especialistas en Anestesia no ha sido evaluado previamente, por lo que existe un vacío de conocimiento a su respecto.

El presente estudio busca determinar si la calidad de vida de los médicos especialistas anestesiólogos es deficiente en comparación con los cirujanos generales y en caso de ser afirmativo encontrar las causas que conducen a la misma

Problemas específicos

- Existe una falta de conocimiento acerca de la calidad de vida que tienen los anestesiólogos de la ciudad de Quito
- No existen estudios previos que permitan relacionar los niveles de calidad de vida con el número de horas de trabajo al día, el tiempo de ejercicio de la actividad profesional, y el tipo de jornada trabajada

- No existen datos que permitan establecer la relación entre la calidad de vida con respecto a edad, sexo, y estado civil
- No hay estudio que establezcan el grado de afectación de la calidad de vida en cada una de las esferas evaluadas por el test: salud física, psicología, relaciones, sociales y ambiente, calidad de vida global y salud general.

JUSTIFICACIÓN

La calidad de vida de acuerdo a la Organización Mundial de Salud se define como “La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes” ¹

Los profesionales de la salud siempre han tenido un rol importante y primordial en contribuir a mejorar y/o mantener la calidad de vida del paciente y su familia. Pero ¿qué ocurre con la calidad de vida de las los mismos?, ¿Mantienen un equilibrio interno que les permita considerar su calidad de vida como adecuada?. ¿Influye la carga de trabajo y el tiempo disponible? ²

En la actualidad el profesional adulto moderno invierte gran cantidad de horas en su formación y desempeño profesional, probablemente este sea el motivo por el cual la satisfacción laboral es una de las variables más importantes relacionadas con la calidad de vida. La "calidad de vida profesional" es la "experiencia de bienestar derivada del equilibrio que percibe el individuo entre las demandas o carga de trabajo desafiante, intenso y complejo, y los recursos (psicológicos, organizacionales y relacionales) de que dispone para afrontar esas demandas" (García Sánchez 1993).

Por ello en busca de mejorar las oportunidades laborales y calidad de vida a largo plazo, los anestesiólogos optan por trabajar en múltiples lugares; no obstante, este proceso los enfrenta a una serie de factores estresantes que podrían afectar, a corto plazo su salud y bienestar, dificultando el desarrollo de otros ámbitos de su vida.

Viviana Matamala et al en su estudio sobre el perfil de percepción de calidad de vida del personal que trabaja en el sistema público de salud encontró que el estrés laboral estaba presente en 28% del grupo evaluado ².

En los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada, llegando a afectar hasta al 50% de los anestesiólogos en Europa y entre 59% y 75% de los anestesiólogos a nivel latinoamericano ³.

Esta realidad se ve reflejada en varias investigaciones como las realizadas por Viviana Matamala, Austecínio Newton, Duval Neto, Calumbi entre otros, reportando que el estrés laboral en el Anestesiólogo puede estar relacionado a numerosos aspectos de su compleja vida, la falta de control de su tiempo en 83%, interferencia con la vida familiar en 75%, aspectos médico legales 66%, problemas de comunicación en 63%, problemas clínicos en 61%, afectación en el sistema de trabajo en 58%, por contacto con pacientes graves en 28%, decisiones de emergencia en 23%, contacto con la muerte 13% además problemas de organización laboral en 42%, problemas de responsabilidades administrativas en 41%, conflictos en la esfera privada 35%, conflicto en las relaciones laborales en 25%, conflictos extra laborales en 23% de los anestesiólogos ^{2,3,7}.

Estudios publicados por Gustavo García Sánchez han reportado una incidencia de ansiedad en anestesiólogos de 19%, angustia en 43% y depresión en 31% ^{7,8}.

Fahrenkopf con respecto a la depresión en residentes de Anestesia Latinoamericanos ha encontrado que su incidencia se encuentra entre 11% y 41%⁹.

El ambiente de trabajo de los anesthesiólogos y Cirujanos se caracteriza por ser un espacio cerrado, con iluminación inadecuada, sistema de ventilación deficientes, alta demanda de trabajo, horarios no regulares, incertidumbre de procedimientos a realizarse, y elevados niveles de estrés⁴.

Estudios como los realizados por Gustavo Calabrese, García Sánchez y Bruce indican que los médicos de estas especialidades demuestran indicios de cansancio y de instintos suicidas, con tasas más elevadas que las correspondientes a la población en general. Entre esos factores podemos destacar, las excesivas jornadas de trabajo, el estrés por la inestabilidad en el empleo, los sueldos insatisfactorios y algo que se convierte casi en una rutina: el enfrentamiento con la muerte, el dolor y el sufrimiento^{7,8,13}.

Existen también otros elementos degradantes como por ejemplo, la falta de sueño, que es necesario para mantener la salud física, mental y psicológica. Experimentos realizados sobre la falta de sueño demostraron que existe una progresiva deterioración mental, psicológica y física, que incluye cambios de humor, disminución de la coordinación motora y de la capacidad de razonamiento, problemas de memoria y el habla, alucinaciones, paranoia y daños físicos, como alteraciones en los latidos cardíacos y temperatura corporal^{1,5}.

El daño cognitivo causa un agotamiento físico y mental, y puede dejar a los anesthesiólogos más vulnerables, lo que propicia la susceptibilidad al uso o al abuso de fármacos anestésicos^{8, 10}, debido al conocimiento farmacológico de su manejo y al fácil

acceso a los mismos. Con las constantes presiones de un mercado de trabajo cada vez más exigente, el profesional de salud tiene que hacerle frente a muchos retos, como la búsqueda por la excelencia y por la profundización de sus conocimientos¹¹. Pero el comportamiento reactivo tiene sus consecuencias, porque interfiere en su equilibrio y en la Calidad de Vida. El aumento de la competitividad, y del deseo por ampliar el saber y por poseer más, genera un ejército de personas ocupadas, sobrecargadas y presionadas, que se olvidan de los valores básicos y de las reglas del buen vivir y convivir¹³.

Durante su trabajo, el anestesiólogo y el cirujano vive en pleno estado de alerta y vigilancia y eso le permite actuar rápidamente en situaciones críticas, porque el cotidiano laboral al cual están expuestos es muy arduo, con diversos aspectos estresantes¹⁰.

Las nuevas configuraciones provenientes del ámbito de la salud y la forma en cómo ellas afectan la Calidad de Vida de los profesionales, han sido temas de debates, simposios, estudios y discusiones¹⁰. Las investigaciones sobre la Calidad de Vida de los médicos se han realizado principalmente con los cirujanos por ello nosotros encontramos la necesidad de comparar con los médicos de otra especialidad con los que comparten el mismo ambiente de trabajo ya que pocos estudios fueron encontrados sobre la Calidad de Vida de los médicos anestesiólogos¹¹. Por ello nuestro estudio se basa en la comparación de la calidad de vida entre los anestesiólogos y Cirujanos que trabajan en el Sector Público del Segundo y Tercer Nivel de Atención del Sistema Nacional de Salud por medio de la presente investigación y a través del Test denominado WHOQOL – BREF, se pretende llegar a llenar este vacío de conocimiento^{13, 14}.

Sobre la base de lo estudiado se establece que el nivel de calidad de vida entre los médicos anestesiólogos ha sido reportada por

debajo de los niveles recomendados ¹. Esto contrasta con los hallazgos encontrados con respecto a los niveles de calidad de vida de los médicos cirujanos generales¹. Lo anteriormente descrito involucra a las esferas de salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente social ^{1,3}

En nuestro país el nivel de calidad de vida de los especialistas en Anestesia no ha sido evaluado previamente, por lo que existe un vacío de conocimiento a su respecto.

El presente estudio busca determinar si la calidad de vida de los médicos especialistas anesthesiólogos es deficiente en comparación con los cirujanos generales y en caso de ser afirmativo encontrar las causas que conducen a la misma

IV. HIPÓTESIS

Los niveles de calidad de vida de los médicos especialistas en Anestesiología, medida por el test WHOQOL en su versión Bref, se encuentran por debajo de los niveles considerados óptimos (60%) y es inferior al mostrado en profesionales especialistas en cirugía general

(El WHOQOL es un Test adecuadamente validado por OMS)

V. OBJETIVOS

V.I Objetivo general

Determinar si los niveles de calidad de vida de los médicos especialistas en Anestesia, medida por el test WHOQOL en su versión Bref, se encuentran por debajo de los niveles considerados óptimos (60%) y es inferior al mostrado en profesionales especialistas en cirugía general

V.II Objetivos específicos

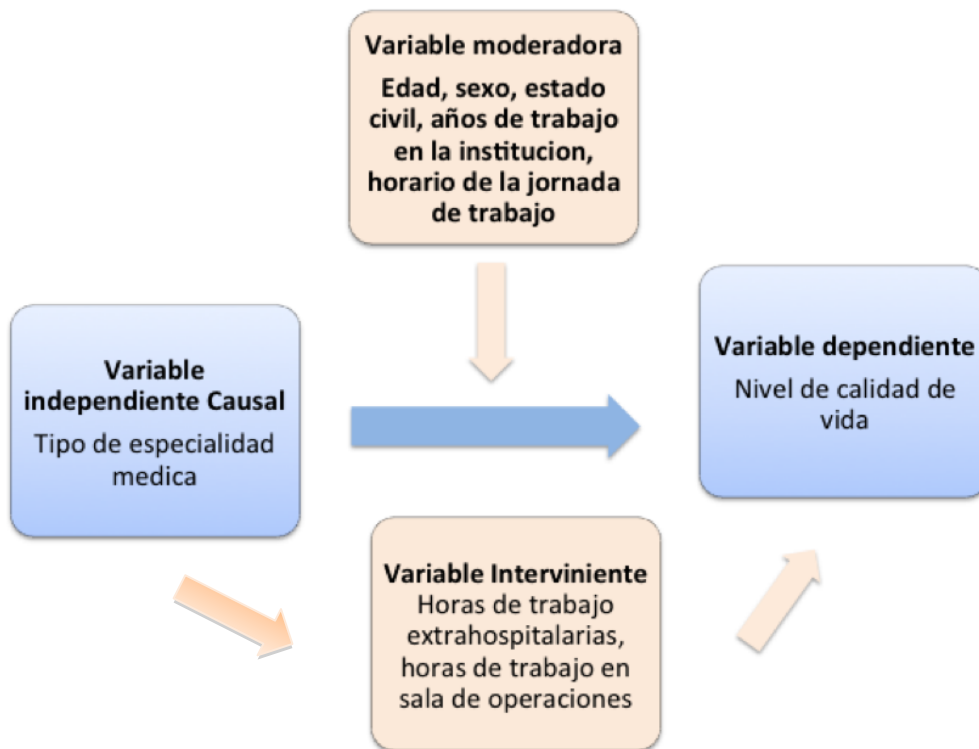
Relacionar los niveles de calidad de vida con el número de horas de trabajo al día, el tiempo de ejercicio de la actividad profesional, y el tipo de jornada trabajada

Establecer la relación entre la calidad de vida con respecto a edad, sexo, y estado civil

Establecer el grado de afectación de la calidad de vida en cada una de las esferas evaluadas por el test: salud física, psicología, relaciones sociales y ambiente, calidad de vida global y salud general.

VI. VARIABLES, MATRIZ Y OPERACIONALIZACIÓN

Matriz de variables



Operacionalización

	Variable	Definición	Dimension	Indicador	Escala
1	Edad	Tiempo transcurrido entre el nacimiento y el momento actual	Tiempo	Numero de años	Numerica
2	Sexo	Características fenotípicas que diferencian a un hombre de una mujer	Fenotipo	Hombre, mujer	Hombrrer, mujer
3	Estado civil	Situacion juridica del individuo en la familia y en la sociedad, que determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones	Situacion juridica del individuo	Soltero, Casado, Viudo, Divorciado, Unión libre	Soltero (Presente - Ausente) Casado (Presente - Ausente) Divorciado (Presente - Ausente) Viudo (Presente - Ausente) Union libre (Presente - Ausente)
4	Años de jercicio profesional	Tiempo transcurrido entre el ingreso a la institucion y el momento actual	Tiempo	Numero de años	Numerica
5	Horario de trabajo	Segmento del dia en la que el individuo desarrolla su jornada laboral	Segmento del dia	Matutino, vespertino, noturno	Matutino (Presente - Ausente) Vespertino (Presente - Ausente) Nocturno (Presente - Ausente)
6	Numero de horas trabajadas	Tiempo transcurrido desde el inicio hasta el fin de la jornada laboral	Tiempo	Numero de horas	Numerica
7	Calidad de vida	Percepcion que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relacion con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Involucra 4 esferas, fisic, sicologica, social y medio ambiente	Bienestar fisico	Test WHOQOL Bref Esfera de Bienestar fisico	Resultado del test Menor a 25% Muy mala calidad de vida Entre 26% y 50% mala calidad de vida Entre 51% y 75% Regular calidad de vida Mayor a 75% Buena calidad de vida
8			Bienestar psicologico	Test WHOQOL Bref Esfera de Bienestar sicológico	Resultado del test Menor a 25% Muy mala calidad de vida Entre 26% y 50% mala calidad de vida Entre 51% y 75% Regular calidad de vida Mayor a 75% Buena calidad de vida
9			Bienestar social	Test WHOQOL Bref Esfera de Bienestar social	Resultado del test Menor a 25% Muy mala calidad de vida Entre 26% y 50% mala calidad de vida Entre 51% y 75% Regular calidad de vida De 76% a 100% Buena calidad de vida
10			Bienestar con el medio ambiente	Test WHOQOL Bref Esfera de Bienestar con el medio ambiente	Resultado del test Menor a 25% Muy mala calidad de vida Entre 26% y 50% mala calidad de vida Entre 51% y 75% Regular calidad de vida De 76% a 100% Buena calidad de vida

VII. SUJETOS, MATERIALES Y MÉTODOS

VII.I DISEÑO

Se realizó un estudio Epidemiológico Analítico transversal, con el objetivo de determinar si los niveles de calidad de vida de los médicos especialistas en Anestesia, medida por el test WHOQOL en su versión Bref, se encuentran por debajo de los niveles considerados óptimos (60%) y es inferior al mostrado en profesionales especialistas en cirugía general

VII.II UNIVERSO POBLACIÓN Y MUESTRA

En la población médica el estrés laboral y una calidad de vida deficiente se ha calculado en alrededor del 28% ² de acuerdo Xavier Badía, autor del libro "La medida de la salud". En los anestesiólogos la incidencia es notoriamente más elevada, llegando a afectar hasta al 50% de los anestesiólogos en Europa y entre 59% y 75% de los anestesiólogos a nivel latinoamericano ³, mientras que este valor se ha calculado entre 20 y 30% para médicos especialistas cirujanos generales⁴.

La investigación estuvo dirigida a la totalidad de médicos anestesiólogos y cirujanos generales Tratantes de los hospitales Eugenio Espejo, Baca Ortiz, Pablo Arturo Suárez, Enrique Garcés, Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora, que cumplieran con los criterios de inclusión. El número total de médicos anestesiólogos de los hospitales seleccionados es de 87, mientras que los cirujanos generales son 124.

Al tratarse de un diseño analítico transversal y al ser un universo finito la muestra se calculó con el método para universos finitos con la siguiente fórmula

$$N = N \times p \times q \times Z^2 / (N - 1) e^2 + p \times q \times Z^2$$

En donde

N = Universo

n = tamaño muestral

p = probabilidad de ocurrencia

q = probabilidad de no ocurrencia

e = error de inferencia (que en este estudio será del 10%)

Z = nivel de significancia (que este estudio será de 95%, es decir 1,96)

La probabilidad de ocurrencia (p) para anestesiólogos es de 75% (0,75), mientras que para Médicos Especialistas en Cirugía Generales es de 25% (0,25)

Muestra para Médicosanestesiólogos

$$n = 87 \times 0,75 \times 0,25 \times 3,84 / 86 \times 0,01 + 0,75 \times 0,25 \times 3,84$$

$$n = 62,64 / 0,86 + 0,72$$

$$n = 39,6 = 40$$

Para cubrir la probabilidad de pérdida la muestra se incrementó en un 10% resultando en 44 sujetos de estudio

Muestra para Médicoscirujanos generales

$$N = 124 \times 0,25 \times 0,75 \times 3,84 / 123 \times 0,01 + 0,25 \times 0,75 \times 3,84$$

$$N = 89,28 / 1,23 + 0,72$$

$$N = 45,78 = 46$$

Para cubrir la probabilidad de pérdida la muestra se incrementó en un 10% resultando en 44 Médicos Especialistas anestesiólogos y 50 cirujanos generales

La selección de la muestra fue asignada ponderalmente de acuerdo al número de anestesiólogos y cirujanos generales de cada unidad operativa (Ver tabla No 1 y 2), para posterior selección de los sujetos de estudio en base a muestreo sin reemplazo (sorteo por ánfora).

Tabla N° 1. Tamaño muestral para anestesiólogos

Asignación muestral para Anestesiólogos			
Unidad Operativa	Número total de Anestesiólogos	% que representa del Universo	Muestra
Hospital Eugenio Espejo	26	30%	14
Maternidad Isidro Ayora	8	9%	4
Hospital Baca Ortiz	21	24%	11
Hospital Pablo Arturo Suárez	20	23%	8
Hospital Enrique Garcés	12	14%	7
Anestesiólogos totales	87	100%	44
Muestra necesaria	44		

Fuente: Autores

Tabla N° 2. Tamaño muestral para cirujanos generales

Asignación muestral para Cirujanos Generales			
Unidad Operativa	Número total de Cirujanos	% que representa del Universo	Muestra
Hospital Eugenio Espejo	30	24%	12
Maternidad Isidro Ayora	13	10%	6
Hospital Baca Ortiz	30	25%	12
Hospital Pablo Arturo Suárez	31	25%	13
Hospital Enrique Garcés	20	16%	7
Cirujanos Generales totales	124	100%	50
Muestra necesaria	50		

Fuente: Autores

Los médicos especialistas fueron seleccionados empleando los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión

Se incluyó a los Médicos anestesiólogos y cirujanos generales tratantes que,

1. Voluntariamente aceptaron participar en el estudio,
2. Tenían mas de un año de desempeño laboral en las especialidades comparadas en el estudio
3. Profesionales pertenecientes a los hospitales seleccionados para el estudio quienes firmaron un consentimiento informado

Criterios de Exclusión

Quedaron excluidos de la investigación aquellos especialistas que:

1. Se negaron a participar en el estudio
2. Los profesionales que no fueron encontrados en el período de estudio en su unidad operativa tras 3 visitas consecutivas
4. Personal entrevistado que en cualquier momento previo a la publicación de los resultados, manifestara su deseo de no ser incluido en los resultados del mismo.

Criterios de Eliminación

1. Personal evaluado y que presente cuestionarios incompletos, repetidos o con respuestas maliciosamente alteradas

VII.III TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y ESTANDARIZACIÓN

Se empleó el instrumento WHOQOL , creado por el Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de Salud, destinado a evaluar la calidad de vida entre profesionales, denominado World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) **Anexo 2**.

Existen validadas al español las 2 versiones del Whoqol: El Whoqol-100 y el Whoqol-Bref.

El Whoqol-Bref, es un cuestionario diseñado para ser auto administrado, salvo que existiera alguna discapacidad física, y contiene un total de 26 preguntas, una pregunta de cada una de las 24 facetas contenidas en el Whoqol-100 que envuelven aspectos físicos y psicológicos, relación social y medio ambiente y a través de él, se puede evaluar subjetivamente el grado de satisfacción personal del entrevistado, con su capacidad de trabajo, apariencia física, acceso a información, ocio, vida sexual, sueño, situación financiera, condiciones de trabajo y servicios de salud, relaciones sociales en general, seguridad en el trabajo y vivienda ⁵, y dos preguntas globales: calidad de vida global y salud general.

Cada ítem tiene 5 opciones de respuesta que se refieren a 4 áreas: salud física, psicología, relaciones sociales y ambiente.

Las preguntas contenidas en el WHOQOL- BREF tienen un puntaje que va desde uno a cinco puntos.

El Whoqol-Bref produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones, sociales y ambiente) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida.

Cada esfera es evaluada por medio de un grupo específico de preguntas, las preguntas que corresponden a cada esfera son las siguientes:

Esfera de Salud Física: Preguntas [6-(Q3)]+ [6-(Q4)]+ Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18

Esfera de Salud Psicológica: Preguntas Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]

Esfera de Relaciones sociales: Preguntas Q20 + Q21 + Q22

Esfera de Ambiente: Preguntas Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25

Para transformar los puntajes de cada una de las esferas a la escala de 0 a 100 se utiliza una regla de 3 y para su análisis se utilizan los rangos más altos de cada ítem.

En cambio para las variables de percepción (Calidad de vida y salud personal) se transforma el adjetivo en porcentaje (Muy malo = 20%, Malo = 40%, Regular o Normal= 60%, Bueno = 80% y Muy bueno = 100%)

Cada esfera es evaluada de manera independiente. La OMS acepta como valores saludables aquellos que se encuentran por encima del 60%.

VII.IV METODOLOGÍA

Se realizó un listado de los anestesiólogos y cirujanos generales tratantes a evaluarse. Individualmente fueron convocados y se realizó a cada uno de ellos el Test WHOQOL (Anexo 1) en su versión Bref en la sala de reuniones de cada centro quirúrgico.

La técnica para la recolección de datos empleada fue la realización de un test estructurado, auto administrado.

El tiempo asignado para completar el test tuvo un límite de 30 minutos tras lo cual procedimos a recogerlo y agradecer al participante por completarlo.

Una vez que los test finalizaron estos fueron recogidos y evaluados por los autores de la investigación y calificados en base al instructivo del test que se muestra en el Anexo 1.

En caso de no encontrar al profesional seleccionado se procedió a repetir los pasos enunciados previamente en una nueva visita. Tras tres visitas infructuosas en encontrar al personal a evaluarse se declaró pérdida de seguimiento y se excluyó al profesional del estudio.

VIII. PLAN DE ANÁLISIS

La información recopilada fue ingresada en Microsoft Excel 2010® para su análisis y luego al programa SPSS para Mac Versión 20.0 para su análisis.

Las variables cualitativas fueron expresadas en frecuencias simples y porcentajes, mientras que las variables cuantitativas fueron descritas empleando promedio y desviación estándar.

Para definir la prevalencia de mala calidad de vida se expresó cada una de las esferas por medio de porcentajes acompañadas de su respectivo Intervalo de Confianza al 95%. La relación entre la calidad de vida y las variables de interés como sexo, edad, estado civil, años de ejercicio profesional, horario de trabajo, número de horas trabajadas, se evaluó utilizando el test U de Mann – Withney y el Test de Kruskal – Wallis para pruebas no paramétricas, mientras que para las comparaciones intergrupo para las variables cuantitativas se usó una T de diferencia de promedios previa aplicación de prueba F para homogeneidad de varianzas. Para el análisis de inferencia se aceptó como válido un nivel de significación del 95% ($\alpha = 0,05$)

La prueba T es un test de locación para dos muestras, por el cual se comprueba si las medias de dos poblaciones distribuidas en forma normal son iguales. En la prueba si el parámetro estadístico evaluado tiene una distribución t de Student la hipótesis nula es cierta y se acepta, caso contrario se acepta la hipótesis de trabajo. Previo a su aplicación se emplea una prueba F que indica si la distribución de las variables es o no homogénea.

IX. NORMAS ÉTICAS

Pese a que el estudio no presentó riesgo alguno para cada uno de los participantes, se consideró el solicitar un consentimiento informado firmado. Así mismo se aseguró la confidencialidad de la información y su publicación únicamente como datos agrupados. El consentimiento informado se encuentra detallado en el Anexo 2

Las encuestas fueron anónimas, por tanto se protege la identidad de cada uno de los participantes del estudio.

X. RECURSOS

X.I Recursos Humanos

Se contó con el apoyo absoluto de los 3 tesis realizadores del estudio, así como también se tuvo el apoyo del asesor científico y metodológico.

X.II Recursos técnicos

Se contó con los materiales necesarios para la realización de las encuestas y su posterior procesamiento. Esto incluye la disponibilidad de fotocopadoras, transporte para dirigirnos a realizar las encuestas, y material informático para el procesamiento y análisis de datos.

X.III Recursos económicos

El financiamiento del estudio provino de fondos propios de los investigadores, destinado a la compra de insumos de oficina, y transporte de los mismos.

X.IV Rubros y gastos

Se asignó un presupuesto de 120 USD dólares para la investigación, el mismo que fue distribuido de acuerdo a lo descrito en la Tabla 3.

Tabla No 3. Rubros y Gastos para realizar el Estudio

Presupuesto	
Rubro	Monto
Gastos por transporte a los hospitales	\$20,00
Impresión de formularios para la encuesta	\$30,00
Informáticos (acceso a internet)	\$30,00
Suministros de oficina	\$30,00
Imprevistos 10%	\$10,00
Total	\$120,00

Fuente: Autores

XI. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	Abril 2012	Mayo 2012	Junio 2012	Julio 2012	Agosto 2012	Septiemb e 2012	Octubre 2012	Noviemb re 2012	Diciembr e 2012
Elaboración del protocolo	X								
Estandarización técnicas		X	X	X					
Elaboración base de datos				X	X				
Aplicación de entrevistas						X	X		
Análisis y procesamiento de datos								X	
Elaboración de resultados								X	
Elaboración de informe final									X

XII. RESULTADOS Y ANÁLISIS

XII.I Distribución de los profesionales evaluados

Participaron en la investigación un total de 44 Médicos Especialistas anestesiólogos y 50 Médicos Especialistas cirujanos generales, lo que representa el 100% del tamaño muestral propuesto más un 10% adicional que se decidió abarcar ante la posibilidad de pérdida durante la recolección de la muestra.

En el grupo de médicos especialistas anestesiólogos 52% eran hombres y 48% mujeres, mientras que en el grupo de cirujanos generales 79% eran hombres y 21% mujeres.

El grupo etéreo tuvo una distribución bimodal entre los anestesiólogos con predominio de edades entre 31 a 40 años (34%) y entre 51 a 60 años (34%), mientras que en el grupo de cirujanos generales la moda de la edad se situó entre 31 a 40 años (35%).

El estado civil predominante entre los anestesiólogos fue casado (78%), aunque se observó 20% de solteros y 2% de divorciados, mientras que en el grupo de cirujanos generales se evidenció que el estado civil casado estaba presente en 60%, soltero en 21%, y 19% de divorciados, lo cual corresponde a un valor 9,5 veces mayor al encontrado en el grupo de anestesiólogos.

El tiempo promedio de ejercicio de la actividad profesional para los anestesiólogos tuvo una moda en torno 1 y 5 años de trabajo (32%), mientras que entre los cirujanos generales esta se situó en torno a los 6 a 10 años (38%).

El horario de trabajo fue preponderantemente matutino en ambos grupos (matutino en 80% y 75% respectivamente), al igual que el promedio de horas trabajadas a la semana (38,1 horas Vs 39,7 horas)

La distribución de los profesionales estudiados se resume en la Tabla 4.

Tabla 4. Distribución de los Médicos Especialistas anestesiólogos y cirujanos generales evaluados

Distribución de los Profesionales anestesiólogos y Cirujanos evaluados		
Distribución por sexo		
	anestesiólogos n (%)	Cirujanos n (%)
Hombres	23 (52%)	39 (78%)
Mujeres	21 (48%)	11 (22%)
Distribución por grupo etáreo		
	anestesiólogos n (%)	Cirujanos n (%)
20 a 30 años	0 (0%)	0 (0%)
31 a 40 años	15 (34%)	18 (36%)
41 a 50 años	8 (18%)	16 (32%)
51 a 60 años	15 (34%)	13 (26%)
Más de 60 años	6 (14%)	3 (6%)
Estado civil		
	anestesiólogos n (%)	Cirujanos n (%)
Soltero	9 (20%)	10 (20%)
Casado	34 (78%)	31 (62%)
Unión libre	0 (0%)	0 (0%)
Divorciado	1 (2%)	9 (18%)
Viudo	0 (0%)	0 (0%)
Tiempo de ejercicio profesional		
	anestesiólogos n (%)	Cirujanos n (%)
Menos de 1 año	4 (9%)	6 (12%)
1 A 5 años	14 (32%)	6 (12%)
6 A 10 años	7 (16%)	18 (36%)
11 A 20 años	9 (20%)	15 (30%)
21 A 30 años	8 (18%)	4 (8%)
Más de 30 años	2 (5%)	1 (2%)
Horario de trabajo		
	anestesiólogos n (%)	Cirujanos n (%)
Matutino	25 (69%)	37 (74%)
Vespertino	11 (31%)	13 (26%)
Horas trabajadas por semana		
	anestesiólogos	Cirujanos
Promedio	38,1 h	39,8 h
Moda	40 h	40 h
Mediana	40 h	40 h

Fuente: Autores

XII.II Análisis de la Calidad de vida

El WHOQOL-BREF contiene 26 preguntas; 24 de ellas representan una de las 24 facetas contenidas en el WHOQOL-100 y son estructuradas en 4 dominios, salud física, salud psicológica, salud social y salud ambiental, mientras que las 2 preguntas restantes (las mismas que se encuentran al inicio del test), permiten evaluar la percepción del profesional de su calidad de vida y conocer su percepción sobre su propia salud en general.

Cada una de las 6 esferas mencionadas fue evaluada en el programa SPSS para Mac Versión 20.0, en donde se realizó el Test U de Mann – Whitney y de Kruskal – Wallis para variables no paramétricas para determinar si los resultados de las esferas del test WHOQOL – Bref estaban influenciadas por las características inherentes de la muestra estudiada, es decir el impacto del sexo, grupo étnico, especialidad, horario de jornada, o estado civil, con un valor de significancia p menor de 0,05 que nos permitió aceptar la hipótesis de trabajo y rechazar la hipótesis nula.

Así mismo se realizaron comparaciones inter grupos, cuyo significado se determinó por medio del Test paramétrico Prueba T, previo realización de prueba F para determinar heterogeneidad de Varianzas, y se aceptó un valor de significancia p menor de 0,05 que nos permitió aceptar la hipótesis de trabajo y rechazar la hipótesis nula.

La descripción de cada una de las esferas se muestra a continuación.

XII.II.I Percepción de calidad de vida

La percepción de la calidad de vida fue referida como muy mala en 9% de los Médicos anestesiólogos Vs 0% en el grupo de cirujanos generales, mala en 16% Vs 6%, normal en 34% Vs 44%, Buena 39%, Vs 40%, y muy buena en 2% Vs 10%.

El valor promedio obtenido sobre 100 en este acápite del test fue de 61,82 (41,68 - 81,96 IC 95%) para anestesiólogos Vs 70,8(55,57 – 86,03 IC 95%) para cirujanos generales.

Esto se resume en la Tabla 5.

Tabla 5. Percepción de la Calidad de vida en Médicos Especialistas anestesiólogos Vs cirujanos generales

PERCEPCIÓN DE CALIDAD DE VIDA				
PERCEPCIÓN	ANESTESIÓLOGOS	%	CIRUJANOS	%
MUY MALA	4	9%	0	0%
MALA	7	16%	3	6%
NORMAL	15	34%	22	44%
BASTANTE BUENA	17	39%	20	40%
MUY BUENA	1	2%	5	10%
TOTAL	44	100%	50	100%

Fuente: Autores

La prueba F para determinar heterogeneidad de varianzas tuvo un resultado de 1,573 lo que corresponde a un valor p de 0,213, lo que indica que se empleará una Prueba T asumiendo Varianzas iguales. La prueba T arroja un valor p de 0,016, lo que indica que las diferencias en la Percepción de la Calidad de vida encontradas entre Médicos anestesiólogos y cirujanos generales son significativas. Tabla 6

Por tanto la Percepción e la calidad de vida estuvo influenciada por la Especialidad con una peor percepción en el grupo de médicos especialistas anestesiólogos Vs cirujanos generales ($p = 0,016$)

**Tabla 6. Pruebas F y T sobre la Percepción de la Calidad de vida en
Médicos Especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales**

Estadísticos de grupo

	Especialidad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Calidad de vida	Anestesiólogo	44	61,82	20,147	3,037
	Cirujano	50	70,80	15,232	2,154

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Calidad de vida	Se han asumido varianzas iguales	1,573	,213	-2,455	92	,016
	No se han asumido varianzas iguales			-2,412	79,487	,018

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Calidad de vida	Se han asumido varianzas iguales	-8,982	3,659	-16,248	-1,715
	No se han asumido varianzas iguales	-8,982	3,724	-16,393	-1,571

Fuente: Autores

XII.II.II Percepción de la salud personal

La percepción de la salud personal fue referida como muy insatisfactoria en 2% de los Médicos anesthesiologists Vs 0% en el grupo de cirujanos generales, poco satisfactoria en 23% Vs 20%, normal en 41% Vs 36%, Bastante satisfactoria 30%, Vs 32%, y satisfactoria en 5% Vs 12%. Esto se resume en la Tabla 7.

El valor promedio obtenido sobre 100 en este acápite del test fue de 62,27(44,38 – 80,16 IC 95%) paraanesthesiologists Vs 67,2(48,36 - 86,04 IC 95%) para cirujanos generales.

Tabla 7. Percepción de la Salud personal en Médicos Especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales

PERCEPCIÓN DE LA SALUD				
SATISFACCIÓN	ANESTESIÓLOGOS	%	CIRUJANOS	%
MUY INSATISFECHO	1	2%	0	0%
POCO SATISFECHO	10	23%	10	20%
NORMAL	18	41%	18	36%
BASTANTE SATISFECHO	13	30%	16	32%
MUY SATISFECHO	2	5%	6	12%
TOTAL	44	100%	50	100%

Fuente: Autores

La prueba F para determinar heterogeneidad de varianzas tuvo un resultado de 1,027 lo que corresponde a un valor p de 0,313, lo que indica que se empleará una Prueba T asumiendo Varianzas iguales. La prueba T arroja un valor p de 0,199, lo que indica que las diferencias en la Percepción de la Salud encontradas entre Médicos anesthesiologists y cirujanos generalesNO fueron significativas. Tabla 8

Por tanto la Percepción de la salud personal de vida NO está influenciada por la Especialidad (p = 0,199)

**Tabla 8. Pruebas F y T sobre la Percepción de la Salud personal en
Médicos Especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales**

Estadísticos de grupo

	Especialidad	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Percepción de Salud	Anestesiólogo	44	62,27	17,897	2,698
	Cirujano	50	67,20	18,848	2,666

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Percepción de Salud	Se han asumido varianzas iguales	1,027	,313	-1,295	92	,199
	No se han asumido varianzas iguales			-1,299	91,45 1	,197

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Percepción de Salud	Se han asumido varianzas iguales	-4,927	3,805	-12,485	2,631
	No se han asumido varianzas iguales	-4,927	3,793	-12,461	2,606

Fuente: Autores

XII.II.III Salud física

La Salud física fue referida como muy mala o mala en 0% de los Médicos anesthesiologists y cirujanos generales, normal en 5% Vs 2%, Buena 41%, Vs 22%, y muy buena en 55% Vs 76%. Esto se resume en la Tabla 9.

El valor promedio obtenido sobre 100 en este acápite del test fue de 82,61 (70,03 – 95,19 IC 95%) para anesthesiologists Vs 90,62 (74,37 – 99,87 IC 95%) para cirujanos generales.

Tabla 9. Salud física en Médicos Especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales

SALUD FÍSICA				
PERCEPCIÓN	ANESTESIÓLOGOS	%	CIRUJANOS	%
MUY MALA	0	0%	0	0%
MALA	0	0%	0	0%
NORMAL	2	5%	1	2%
BUENA	18	41%	11	22%
MUY BUENA	24	55%	38	76%
TOTAL	44	100%	50	100%

Fuente: Autores

La prueba F para determinar heterogeneidad de varianzas tuvo un resultado de 3,481 lo que corresponde a un valor p de 0,065, lo que indica que se empleará una Prueba T asumiendo Varianzas iguales. La prueba T arroja un valor p de 0,010, lo que indica que las diferencias en la Salud Física encontradas entre Médicos anesthesiologists y cirujanos generales son significativas. Tabla 10

Por tanto la Salud física estuvo influenciada por la Especialidad con una peor Salud Física en el grupo de médicos especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales (p = 0,010)

**Tabla 10. Pruebas F y T sobre Salud Física en Médicos Especialistas
anestesiólogos Vs cirujanos generales**

Estadísticos de grupo

Especialidad		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Salud Física	Anestesiólogo	44	82,61	12,587	1,898
	Cirujano	50	90,62	16,254	2,299

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Salud Física	Se han asumido varianzas iguales	3,481	,065	-2,643	92	,010
	No se han asumido varianzas iguales			-2,686	90,595	,009

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Salud Física	Se han asumido varianzas iguales	-8,006	3,029	-14,023	-1,990
	No se han asumido varianzas iguales	-8,006	2,981	-13,928	-2,085

Fuente: Autores

XII.II.IV Salud Psicológica

La Salud Psicológica fue referida como muy mala o mala en 0% de los Médicos anesthesiólogos y cirujanos generales, normal en 3% Vs 0%, Buena 55%, Vs 48%, y muy buena en 39% Vs 52%. Esto se resume en la Tabla 10.

El valor promedio obtenido sobre 100 en este acápite del test fue de 79,34 (67,5 – 91,18 IC 95%) para anesthesiólogos Vs 87,24 (75,97 – 98,51 IC 95%) para cirujanos generales.

Tabla 11. Salud Psicológica en Médicos Especialistas anesthesiólogos Vs cirujanos generales

SALUD PSICOLÓGICA				
PERCEPCIÓN	ANESTESIÓLOGOS	%	CIRUJANOS	%
MUY MALA	0	0%	0	0%
MALA	0	0%	0	0%
NORMAL	3	7%	0	0%
BUENA	24	55%	24	48%
MUY BUENA	17	39%	26	52%
TOTAL	44	1	50	1

Fuente: Autores

La prueba F para determinar heterogeneidad de varianzas tuvo un resultado de 0,119 lo que corresponde a un valor p de 0,731, lo que indica que se empleará una Prueba T asumiendo Varianzas iguales. La prueba T arroja un valor p de 0,001, lo que indica que las diferencias en la Salud Psicológica encontradas entre Médicos anesthesiólogos y cirujanos generales son significativas. Tabla 11

Por tanto la Salud Psicológica estuvo influenciada por la Especialidad con una peor Salud Psicológica en el grupo de médicos especialistas anesthesiólogos Vs cirujanos generales ($p = 0,001$)

**Tabla 12. Pruebas F y T sobre Salud Psicológica en Médicos
Especialistas anesthesiólogos Vs cirujanos generales**

Estadísticos de grupo

Especialidad		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Salud Psicológica	Anestesiólogo	44	79,34	11,846	1,786
	Cirujano	50	87,24	11,275	1,595

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Salud Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	,119	,731	-3,310	92	,001
	No se han asumido varianzas iguales			-3,299	89,162	,001

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Salud Psicológica	Se han asumido varianzas iguales	-7,899	2,386	-12,639	-3,159
	No se han asumido varianzas iguales	-7,899	2,394	-12,656	-3,142

Fuente: Autores

XII.II.V Salud Social

La Salud Social fue referida como muy mala en 0% de los Médicos anesthesiologists y cirujanos generales, mala en 2% en ambos grupos, normal en 50% Vs 32%, Buena 48%, Vs 60%, y muy buena en 0% Vs 6%. Esto se resume en la Tabla 12.

El valor promedio obtenido sobre 100 en este acápite del test fue de 62,41 (51,28 - 73,54 IC 95%) para anesthesiologists Vs 70,08 (58,52 – 81,64 IC 95%) para cirujanos generales.

Tabla 13. Salud Social en Médicos Especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales

SALUD SOCIAL				
PERCEPCIÓN	ANESTESIÓLOGOS	%	CIRUJANOS	%
MUY MALA	0	0%	0	0%
MALA	1	2%	1	2%
NORMAL	22	50%	16	32%
BUENA	21	48%	30	60%
MUY BUENA	0	0%	3	6%
TOTAL	44	100%	50	100%

Fuente: Autores

La prueba F para determinar heterogeneidad de varianzas tuvo un resultado de 0,106 lo que corresponde a un valor p de 0,745, lo que indica que se empleará una Prueba T asumiendo Varianzas iguales. La prueba T arroja un valor p de 0,002, lo que indica que las diferencias en la Salud Social encontradas entre Médicos anesthesiologists y cirujanos generales son significativas. Tabla 13

Por tanto la Salud Social estuvo influenciada por la Especialidad con una peor Salud Social en el grupo de médicos especialistas anesthesiologists Vs cirujanos generales (p = 0,002)

**Tabla 14. Pruebas F y T sobre Salud Social en Médicos Especialistas
anestesiólogos Vs cirujanos generales**

Estadísticos de grupo

Especialidad		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Salud Social	Anestesiólogo	44	62,41	11,138	1,679
	Cirujano	50	70,08	11,569	1,636

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Salud Social	Se han asumido varianzas iguales	,106	,745	-3,264	92	,002
	No se han asumido varianzas iguales			-3,272	91,237	,002

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Salud Social	Se han asumido varianzas iguales	-7,671	2,350	-12,338	-3,003
	No se han asumido varianzas iguales	-7,671	2,344	-12,328	-3,014

Fuente: Autores

XII.II.VI Salud Ambiental

La Salud Ambiental fue referida como muy mala en 0% de los Médicos anestesiólogos y cirujanos generales, mala 0% Vs 2%, normal en 43% Vs 32%, Buena 57%, Vs 54%, y muy buena en 0% Vs 12%. Esto se resume en la Tabla 14.

El valor promedio obtenido sobre 100 en este acápite del test fue de 61,43 (51,7 – 71,16 IC 95%) para anestesiólogos Vs 67,08 (54,95 – 79,21 IC 95%) para cirujanos generales.

Tabla 15. Salud Ambiental en Médicos Especialistas anestesiólogos Vs cirujanos generales

SALUD AMBIENTAL				
PERCEPCIÓN	ANESTESIÓLOGOS	%	CIRUJANOS	%
MUY MALO	0	0%	0	0%
MALO	0	0%	1	2%
NORMAL	19	43%	16	32%
BUENO	25	57%	27	54%
MUY BUENO	0	0%	6	12%
TOTAL	44	100%	50	100%

Fuente: Autores

La prueba F para determinar heterogeneidad de varianzas tuvo un resultado de 2,904 lo que corresponde a un valor p de 0,092, lo que indica que se empleará una Prueba T asumiendo Varianzas iguales. La prueba T arroja un valor p de 0,016, lo que indica que las diferencias en la Salud Ambiental encontradas entre Médicos anestesiólogos y cirujanos generales son significativas. Tabla 15

Por tanto la Salud Ambiental estuvo influenciada por la Especialidad con una peor Salud Ambiental en el grupo de médicos especialistas anestesiólogos Vs cirujanos generales ($p = 0,016$)

**Tabla 16. Pruebas F y T sobre Salud Ambiental en Médicos
Especialistas anesthesiólogos Vs cirujanos generales**

Estadísticos de grupo

Especialidad		N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Salud Ambiental	Anestesiólogo	44	61,43	9,739	1,468
	Cirujano	50	67,08	12,135	1,716

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias		
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)
Salud Ambiental	Se han asumido varianzas iguales	2,904	,092	-2,466	92	,016
	No se han asumido varianzas iguales			-2,501	91,265	,014

Prueba de muestras independientes

		Prueba T para la igualdad de medias			
		Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
				Inferior	Superior
Salud Ambiental	Se han asumido varianzas iguales	-5,648	2,290	-10,197	-1,099
	No se han asumido varianzas iguales	-5,648	2,259	-10,134	-1,162

Fuente: Autores

XII.III Análisis de los factores inherentes a la población estudiada sobre los resultados de la calidad de vida

Para determinar el impacto de los factores inherentes a la población evaluada, como sexo, horario de la jornada de trabajo, grupo étnico, y estado civil influyeron en los resultados se realizó un posterior análisis de

cada una de las esferas de calidad de vida en relación a estos factores. Los hallazgos se describen a continuación.

XII.III.I Calidad de vida y Sexo

Al realizar la evaluación de las esferas de calidad de vida se encontró que la Percepción de la salud ($p = 0,048$) y la Salud Psicológica ($p = 0,048$) fueron influenciadas por el Sexo de los participantes, mientras que el resto de esferas no son influenciadas por el sexo del profesional. Tabla 16

Tabla 17. Influencia del Sexo sobre las Esferas de Calidad de Vida

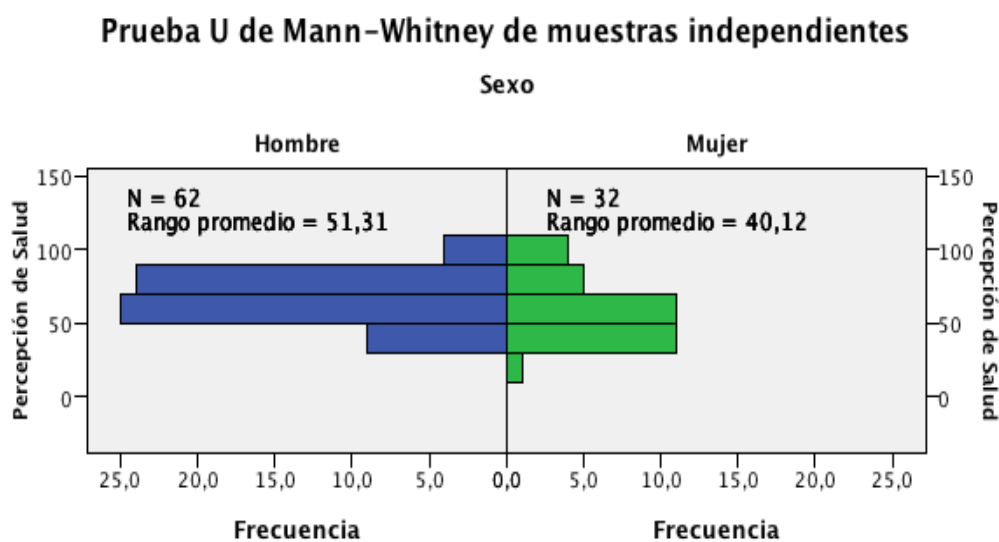
Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Calidad de vida es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,250	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Percepción de Salud es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,048	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de Salud Física es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,147	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Salud Psicológica es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,048	Rechazar la hipótesis nula.
5	La distribución de Salud Social es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,353	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Salud Ambiental es la misma entre las categorías de Sexo.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,083	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente: Autores

La Percepción de la Salud fue mejor entre los profesionales Hombres que entre las profesionales Mujeres con un Promedio de 51,31 Vs 40,12 en esta esfera ($p = 0,048$)

Gráfico 1. Percepción de la Calidad de Vida por Sexo

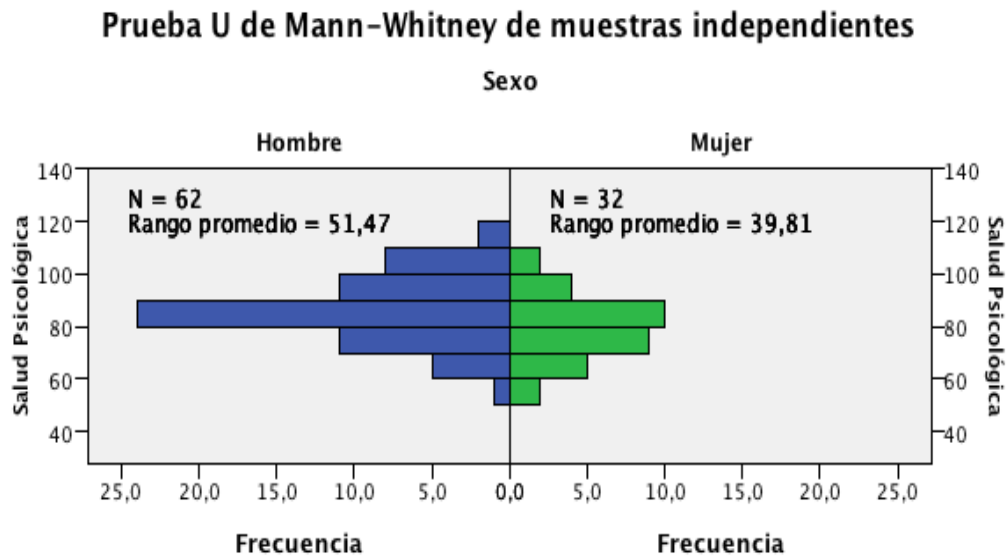


N total	94
U de Mann-Whitney	756,000
W de Wilcoxon	1.284,000
Probar estadística	756,000
Error típico	119,180
Estadística de prueba estandarizada	-1,980
Sig. asintótica (prueba de dos caras)	,048

Fuente: Autores

La Salud Psicológica fue mejor entre los profesionales Hombres que entre las profesionales Mujeres con un Promedio de 51,47 Vs 39,81 en esta esfera ($p = 0,048$)

Gráfico 2. Salud Psicológica por Sexo



N total	94
U de Mann-Whitney	746,000
W de Wilcoxon	1.274,000
Probar estadística	746,000
Error típico	124,451
Estadística de prueba estandarizada	-1,977
Sig. asintótica (prueba de dos caras)	,048

Fuente: Autores

XII.III.II Calidad de vida y Grupo Étáreo

Al realizar la evaluación de las esferas de calidad de vida con respecto al Grupo Étáreo de los profesionales, no se encontraron diferencias significativas entre ningún grupo de edad. En todas las esferas $p > 0,05$.
Tabla 17

Tabla 18. Influencia del Grupo Étáreo sobre las Esferas de Calidad de Vida

Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Calidad de vida es la misma entre las categorías de Grupo étáreo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,990	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Percepción de Salud es la misma entre las categorías de Grupo étáreo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,828	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Salud Física es la misma entre las categorías de Grupo étáreo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,905	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Salud Psicológica es la misma entre las categorías de Grupo étáreo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,901	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Salud Social es la misma entre las categorías de Grupo étáreo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,459	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Salud Ambiental es la misma entre las categorías de Grupo étáreo.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,551	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente: Autores

XII.III.III Calidad de vida y Horario de la Jornada Laboral

Al realizar la evaluación de las esferas de calidad de vida se encontró que la Percepción de la salud ($p = 0,023$) es influenciada por el Horario de la Jornada Laboral de los participantes, mientras que el resto de esferas no son influenciadas por el Horario de la Jornada Laboral del profesional.

Tabla 19. Influencia del Horario de la Jornada Laboral sobre las Esferas de Calidad de Vida

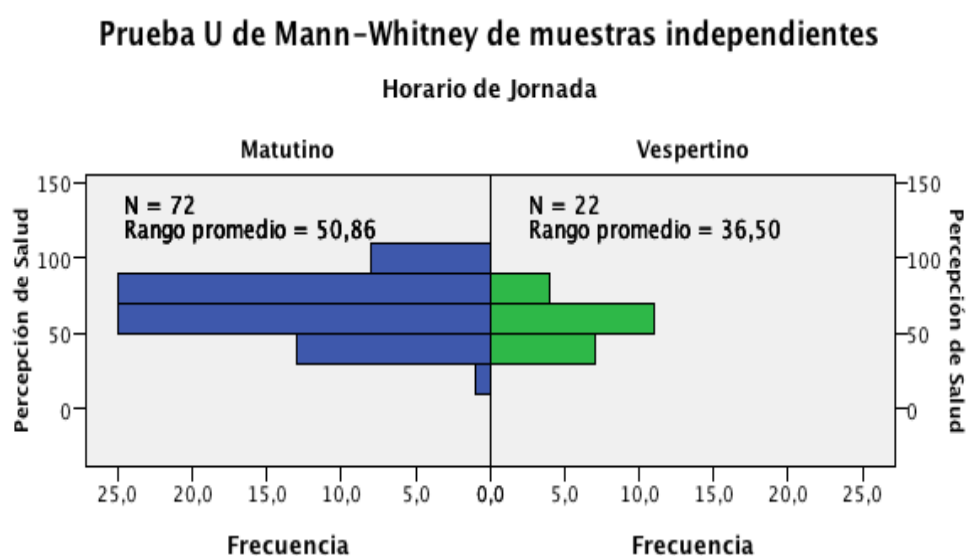
Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Calidad de vida es la misma entre las categorías de Horario de Jornada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,180	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Percepción de Salud es la misma entre las categorías de Horario de Jornada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,023	Rechazar la hipótesis nula.
3	La distribución de Salud Física es la misma entre las categorías de Horario de Jornada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,356	Retener la hipótesis nula.
4	La distribución de Salud Psicológica es la misma entre las categorías de Horario de Jornada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,221	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Salud Social es la misma entre las categorías de Horario de Jornada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,338	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Salud Ambiental es la misma entre las categorías de Horario de Jornada.	Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes	,157	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente : Autores

La Percepción de la Salud fue mejor entre los profesionales que trabajan en el horario matutino que entre los profesionales que lo hacen en el Horario Vespertino con un Promedio de 50,86 Vs 36,50 en esta esfera ($p = 0,023$)

Gráfico 3. Percepción de la Salud propia de acuerdo al Horario de la Jornada laboral



N total	94
U de Mann-Whitney	550,000
W de Wilcoxon	803,000
Probar estadística	550,000
Error típico	106,490
Estadística de prueba estandarizada	-2,273
Sig. asintótica (prueba de dos caras)	,023

Fuente: Autores

XII.III.IV Calidad de vida y Estado Civil

Al realizar la evaluación de las esferas de calidad de vida se encontró que la Salud Física ($p = 0,018$) es influenciadas por el Estado Civil de los participantes, mientras que el resto de esferas no son influenciadas por el Estado Civil del profesional. Tabla 19

Tabla 20. Influencia del Estado Civil sobre las Esferas de Calidad de Vida

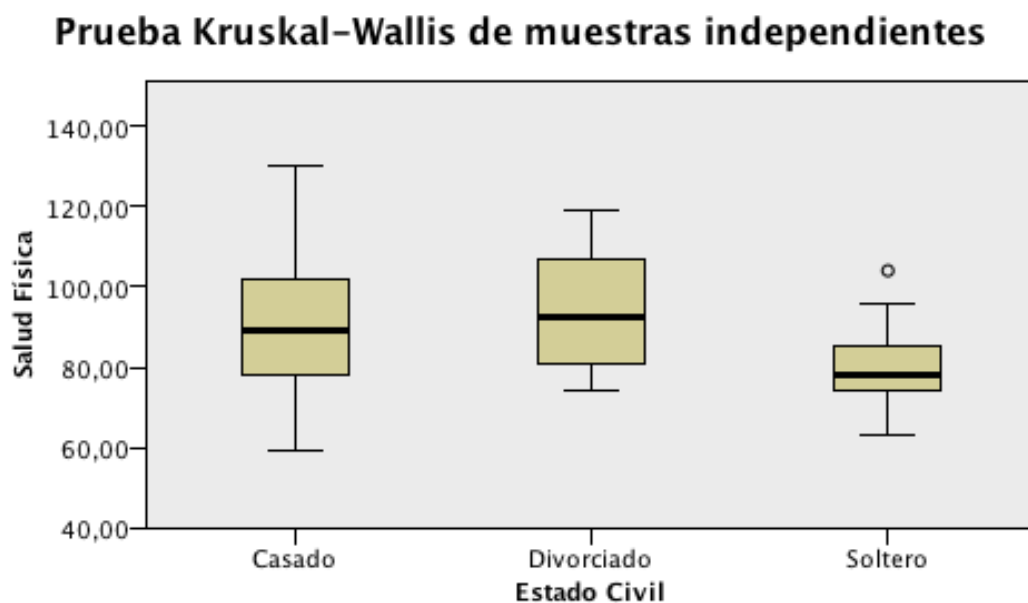
Resumen de prueba de hipótesis				
	Hipótesis nula	Test	Sig.	Decisión
1	La distribución de Calidad de vida es la misma entre las categorías de Estado Civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,457	Retener la hipótesis nula.
2	La distribución de Percepción de Salud es la misma entre las categorías de Estado Civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,167	Retener la hipótesis nula.
3	La distribución de Salud Física es la misma entre las categorías de Estado Civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,018	Rechazar la hipótesis nula.
4	La distribución de Salud Psicológica es la misma entre las categorías de Estado Civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,218	Retener la hipótesis nula.
5	La distribución de Salud Social es la misma entre las categorías de Estado Civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,237	Retener la hipótesis nula.
6	La distribución de Salud Ambiental es la misma entre las categorías de Estado Civil.	Prueba Kruskal-Wallis de muestras independientes	,156	Retener la hipótesis nula.

Se muestran las significancias asintóticas. El nivel de significancia es ,05.

Fuente : Autores

La Salud Física fue peor entre los profesionales Solteros de frente a los Casados y Divorciados con un Promedio de 80 Vs 85 y 90 en esta esfera (p = 0,018)

Gráfico 4. Salud Física de acuerdo al estado Civil



N total	94
Probar estadística	7,988
Grados de libertad	2
Sig. asintótica (prueba de dos caras)	,018

1. Las estadísticas de prueba se ajustan para empates.

Fuente: Autores

XII.IV Conclusiones

1. La calidad de vida global de los médicos especialistas anestesiólogos fue inferior a aquella correspondiente a los médicos especialistas cirujanos generales.
2. En la Esfera de Percepción de la calidad de vida y en Salud Física, según la Especialidad hubo una peor percepción en el grupo de médicos especialistas anestesiólogos comparado con cirujanos generales $p = 0,016$ y $p = 0,010$ respectivamente
3. La Salud Psicológica de los Profesionales estuvo influenciada por la Especialidad con una peor Salud Psicológica en el grupo de médicos especialistas anestesiólogos de frente a cirujanos generales ($p = 0,001$). Ninguno de los dos grupos tuvo una percepción mala o muy mala en esta esfera.
4. La Salud Social y la salud Ambiental por Especialidad fueron peores en el grupo de anestesiólogos frente a cirujanos generales $p = 0,002$ y $p = 0,016$ respectivamente.
5. La Percepción de la salud y la Salud Psicológica fueron mejores entre los profesionales Hombres que entre las profesionales Mujeres ($p = 0,048$), además la Percepción de la Salud fue mejor entre los profesionales que trabajan en el horario matutino ($p = 0,023$).
6. La totalidad de los profesionales anestesiólogos y cirujanos evaluados, además de trabajar para el sector público, refirieron realizar actividades profesionales privadas por motivos económicos, lo que se traduce en una reducción en su nivel de calidad de vida, puesto que disminuye el tiempo que dedican para actividades personales de descanso y recreación.

Tabla N° 21. Resumen de los hallazgos del estudio

Esfera evaluada	Mejor	Peor	Valor p
Percepción de calidad de vida	cirujanos generales	anestesiólogos	0,016
Percepción de salud	No hubo diferencias	No hubo diferencias	0,199
Salud física	cirujanos generales	anestesiólogos	0,01
Salud Sicológica	cirujanos generales	anestesiólogos	0,001
Salud Social	cirujanos generales	anestesiólogos	0,002
Salud ambiental	cirujanos generales	anestesiólogos	0,016

Fuente: Autores

XIII. DISCUSIÓN

La investigación se realizó en una muestra con un total de 44 Médicos Especialistas en Anestesiología y 50 Médicos Especialistas en Cirugía General, pertenecientes a los Hospitales Públicos de Segundo y Tercer Nivel de Complejidad pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador del Distrito Metropolitano de Quito.

La carga horaria semanal fue similar en ambos grupos de profesionales, debido a que esta se encuentra regulada por mecanismos legales, los mismos que indican que los trabajadores del sector público deben cumplir con una carga horaria semanal de 40 horas. Dicha carga horaria no hace referencia al segmento del día en que es cumplida, por lo que hay profesionales que la ejercen en una jornada continua en quirófano ya sea matutina, vespertina o nocturna.

Al realizar un análisis de la percepción subjetiva de la calidad de vida se encontró que 50% de los médicos especialistas Cirujanos y 59% de los médicos especialistas anestesiólogos puntuaban su percepción de calidad de vida por debajo de los límites considerados saludables según los parámetros establecidos por la OMS, la misma que recomienda mantener puntuaciones superiores al 60%.

Los estudios en anestesiólogos de Bruce y Aldrette en Estados Unidos, publicados en el siglo pasado ^{13,24}, ya hacían referencia a los efectos deletéreos del estrés sobre la calidad de vida, lo que se evidenció con el reporte de una considerable incidencia de morbilidad por enfermedades cardiovasculares y mortalidad por Infarto agudo de miocardio y suicidio entre los participantes de los estudios ¹³.

En el grupo de anestesiólogos que evaluamos se encontró que estos valores son superiores a los reportados en estudios previos como el trabajo realizado por Calumbi y publicado en Enero del 2010 en la Revista

Brasileña de Anestesiología, quien evaluó a un grupo de 110 anestesiólogos por medio del test WHOQOL, en la localidad de Recife capital del Estado de Pernambuco – Brasil, encontrando que 44,6% de los investigados tenían valores de calidad de vida por debajo de la recomendación de la OMS²⁸.

De igual manera en un estudio realizado en Uruguay y publicado en la revista Vertex en Marzo de 2007 por la Dra. Laura Schwartzmanndemostró bajos niveles de calidad de vida entre los médicos generales y anestesiólogos evaluados, con valores superiores a los encontrados en nuestro estudio ²⁹.

En cuanto a la percepción de la salud personal 25% de los médicos anestesiólogos y 20% de los médicos cirujanos la puntuaron como mala o muy mala, lo que sin duda corresponde a valores alarmantemente altos, aunque similares a los hallados en el estudio realizado por Austecínio Newton en 2011, en el que se evaluó a 49 anestesiólogos de la Cooperativa de Anestesiología de Sergipe – Brasil, reportándose un valor de 30% en este dominio ³⁰.

En la esfera de salud psicológica se evidenció una clara tendencia a un mejor aprovechamiento de la vida por parte de los cirujanos generales quienes obtuvieron valores de 87% comparado con el 79% alcanzado por los anestesiólogos. Lo que tiene un valor mejor que aquel reportado por Austecínio Newton en su estudio, en donde se mencionan datos que hacen referencia a que el 61,2% de anestesiólogos evaluados reportan un aprovechamiento de la vida catalogado como regular o malo³⁰.

La salud social que hace referencia las relaciones que el profesional tiene con el personal con el que labora fue percibida dentro del rango aceptable recomendado por la OMS.

Una puntuación baja en la esfera de salud social sugiere una reducción considerable del rendimiento del profesional y del grupo con el que trabaja, y aumenta la tensión laboral. Los hallazgos en nuestro estudio

indican que los médicos Cirujanos tienen una puntuación de 70% Vs 62% de los médicos anestesiólogos.

Esta diferencia probablemente radica en el tiempo de permanencia en la Unidad Quirúrgica de los cirujanos, la cual es considerablemente menor lo que reduce la probabilidad de conflictos mantenidos en el tiempo con el personal que allí labora. Los valores encontrados son mejores que los hallados por Austeclínio Newton quien reportó valores saludables en 50% de los anestesiólogos que evaluó³⁰.

El dominio de medio ambiente hace referencia al tiempo de ocio que tiene el profesional y en el presente estudio favorece de manera más discreta aunque significativa a los médicos especialistas Cirujanos quienes obtuvieron una puntuación de 67% en este dominio de frente a 61% de los médicos anestesiólogos. Estos valores son mejores que los encontrados en los estudios de Newton y Calumbi quienes encontraron que 47,9% y 61% de los anestesiólogos respectivamente tenían buena o muy buena oportunidad para el ocio^{24, 30}.

Jenckis y Bruceen 1974 ya habían publicado trabajos acerca de los efectos que la inhalaciones crónicas de halogenados y óxido nítrico, tienen sobre el sistema nervioso central, habiendo reportado síntomas como cefalea, somnolencia, astenia, apatía, mareo, cambios de conducta, irritabilidad e impaciencia, agresividad, los que pueden agravar la esfera de salud ambiental entre anestesiólogos comparada con cirujanos generales.

Lo anteriormente descrito evidencios los altos niveles de exigencia profesional asociados con la especialidad en Anestesiología, y que la sobrecarga de trabajo limita la realización de otras actividades consideradas como esenciales para la salud física y mental³⁰.

Al realizar los cruces de las variables estudiadas para demostrar su influencia en los niveles de las esferas de calidad de vida se encontró que el sexo del profesional, el horario de la jornada laboral y el estado civil

fueron determinantes en las puntuaciones de los dominios, con particular influencia sobre la percepción de salud física.

Con respecto al sexo del profesional evaluado se evidenció una tendencia significativa hacia una peor percepción del estado de salud física y una peor salud psicológica por parte del personal femenino comparado con el masculino 51,31% Vs 40,12%. Los valores que encontramos son más preocupantes que los reportados por Calumbi, quien encontró valores de 68% y 66% para salud física y salud psicológica respectivamente en la población femenina de su estudio³⁰.

De igual manera el horario de la jornada laboral parece ser un factor importante en la determinación del nivel de calidad de vida. Se observó que el personal que trabaja en el horario vespertino tenía peores niveles de calidad de vida cuando se comparaba con el personal que trabaja en el horario matutino, cuyos promedios en la esfera de percepción de salud física fueron en promedio 50,86% para quienes trabajan en las mañanas Vs 36,50% para quienes lo hacen en las tardes. No existen datos de estudios previos que hayan considerado la comparación entre estos grupos de jornada laboral, por lo que este hallazgo no pudo ser contrastado con otros.

Una potencial explicación a los valores obtenidos por el personal vespertino se relaciona con la edad de los profesionales que trabajan en las tardes, encontrándose en nuestra muestra una edad promedio menor a 40 años. Este hallazgo también lo podemos asociar al tipo de relación laboral que poseen pues la mayoría de ellos tienen un contrato temporal con renovación anual para prestación de servicios comparado con un nombramiento de los colegas que trabajan en la mañana.

En los profesionales médicos anestesiólogos y cirujanos el estrés es inevitable y se convierte en algo perjudicial cuando se pierde el control sobre él, trayendo como consecuencia problemas físicos y psicosociales⁴.

De acuerdo a lo reportado en el artículo de Austeclínio Newton la especialidad de Anestesiología causa una impresión a los profesionales que indica que ellos no necesitan la cooperación de otros médicos. Por el hecho de trabajar solos, se sienten estables, independientes y tienen dificultades en confiar en otros colegas, temiendo que ocurran secuelas graves al paciente, lo que los hace confiar solamente en su propio desempeño, comportamiento que genera una sobrecarga psicoemocional, y que es la responsable de los bajos niveles de calidad de vida, la alta tasa de abuso de fármacos o drogas y de suicidio entre los anestesiólogos³⁰.

La presente investigación concluye por tanto que existe una pobre calidad de vida del personal encargado de cuidar de la salud de los demás, lo que los hace altamente susceptibles a problemas asociados con ella y que en un momento dado podrían desencadenar una reducción en sus facultades para desempeñar su trabajo en forma eficaz y saludable para consigo mismos y con sus pacientes.

Es una situación compleja que abarca factores tanto culturales, mercantiles y económicos, de entre los cuales es importante considerar la comercialización de la salud como un producto, que por tanto considera la existencia de un productor y un consumidor. En este círculo el médico queda reducido a un empleado encargado de producir el valioso bien de la salud al por mayor, sin considerar su propia salud física, psicológica, emocional y ambiental.

El reconocimiento del problema es el primer paso para poder solucionarlo y es por eso que esta investigación debe servir de precedente para futuras investigaciones que introduzcan mecanismos para mejorar la calidad de vida de los proveedores de los anestesiólogos, especialmente dentro de la población femenina que de acuerdo a los datos de nuestro estudio son un grupo de riesgo.

XIV. RECOMENDACIONES

1. Es necesario realizar una intervención que regularice y mejore las condiciones en las que trabajan los anestesiólogos en los hospitales de segundo y tercer nivel de atención pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Tal intervención deberá estar orientada a la mejora de los aspectos económicos, carga laboral y medio ambiente de trabajo de los profesionales.
2. Consideramos que es necesario establecer un programa de salud ocupacional para anestesiólogos que legisley aplique los horarios de trabajo, las cargas laborales nocturnas, el tiempo de descanso, y las pausas de trabajo tomando como referencia las normas recomendadas por la ASA y CLASA, y hacerlas aplicables a nuestra realidad local.
3. Se debe realizar la implementación del Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y mejoramiento del medio ambiente de trabajo introducido mediante Decreto con No. 2393 en el Registro Oficial en Febrero de 1998, cuya más reciente Codificación es la N°17 en el Registro Oficial - Suplemento 167 de 16 de Diciembre de 2005 con una última modificación el 27 de Enero de 2011, el mismo que considera que es necesario adoptar normas mínimas de seguridad e higiene capaces de prevenir, disminuir o eliminar los riesgos profesionales, así como también para fomentar el mejoramiento del medio ambiente de trabajo (Anexo 3).

4. Debe tomarse en cuenta que de acuerdo a las recomendaciones de Empresas Familiarmente Responsables (EFR), para el personal que trabaja durante jornadas especiales como nocturnas o fines de semana o jornadas continuas sin pausas debe ser compensado en forma adecuada para evitar que dichas jornadas lleguen a interferir con su adecuado desempeño personal o familiar.
5. Los grupos de riesgo de acuerdo a nuestro estudio son las mujeres anesthesiólogas y los profesionales jóvenes, quienes en mayor medida necesitan que se les garantice una estabilidad económica, laboral, y un ambiente de trabajo saludable
6. Recomendamos a la Sociedad Ecuatoriana de Anestesiología y a todas sus filiales socializar y aplicar los lineamientos planteados en las Guías de prevención y protección de los riesgos profesionales del Anestesiólogo, publicadas por la CLASA en el año 2003 (Anexo 4).

XV. BIBLIOGRAFÍA

1. Parreño, Alejandra. Ciencia para calidad de vida: conocimiento aplicado al bienestar. Instituto Jesús en el Huerto de los Olivos, Olivos, Buenos Aires. [Sitio de Internet] en <http://www.ib.edu.ar/bib2004/Finalistas/MariaParreno.pdf>
2. Matamala Viviana. Estudio comparativo: perfil de percepción de calidad de vida de enfermeras que trabajan en el sistema publico de salud, UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE . Valdivia Chile, Noviembre 2002.
3. Austeclínio Newton Marinho Andrade, et al. Evaluación del Nivel de Estrés del Anestesiólogo de la Cooperativa de Anestesiología de Sergipe. Rev Bras Anesthesiol. 2011; 61: 4: 265-269
4. Duval Neto GF – Dependência Química e os Anestesiologistas, em: Cavalcanti IL, Cantinho FAF, Assad AR – Medicina Perioperatória. Rio de Janeiro, SAERJ, 2006;981-989
5. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC et al. – Avaliação da qualidade de vida dos anestesiologistas da cidade do Recife. Rev Bras Anesthesiol, 2010;60:42-51
6. Fleck MPA, Louzada S, Xavier M – Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. Rev Saúde Pública, 2000;34:178-183.
7. Calabrese G. Impacto del estrés laboral crónico en la salud del anestesiólogo. Revista Mexicana de Anestesiología. Volumen 33, Suplemento 1, abril-junio 2010
8. García Sánchez S: La qualitat de vida professionalcom a avantatge competitiu. Revista de Qualitat 2003;11: 4-9.
9. Fahrenkopf A, Sectish T, Barger L, et al: Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. BMJ 2008 336: 488-91.
10. CALABRESE GUSTAVO. Guía de Prevención y Protección de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo. Comisión de Riesgos Profesionales de La Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología. C.L.A.S.A. 2003

11. Calabrese G. Impacto de los calendarios laborales del Anestesiólogo en la salud, el rendimiento y la seguridad. *Rev. Arg. Anest.* 2004, 62; 5: 356-363
12. Calabrese , G. Riesgos profesionales relacionados a la organización laboral. *Rev Anest Mex* [en línea]. 2004 [acceso el 6 de mayo de 2006];16 Supl 1
13. Bruce DL, Eid KA A prospective survey of anesthesiologist mortality. *Anesthesiology* 41:71-74, 1974 107.
14. Bruce DL, Eid KA Causes of death of anesthesiologists from the chloroform era, Northwestern University.1968 Vol1,pag2-12
15. Leonard c. Jenkins, The chronic exposure to anaesthetics: a toxicity problem?" *Canad. Anaesth. Soc. J.*, vol. 20, no. 1, january 1973.pag 104-120
16. Aldrette.The human factor in anesthesia were published in *Anesthesiology News* from .*nesthesiology* 1981 pag 12-34
17. AUSTRALIAN MEDICAL ASSOCIATION. Draft national code of practice hours of work, shiftwork and rostering for hospital doctors Kingston ACT: Australian Med Ass, March, 1999.
18. O.S.H. Rotational shifwork. In internet: <http://www.coohs.ca/oshanswer/workshchedules/shifwork.html>, 1-7, 2001
19. O.S.H. Extended workday: health & safety issues.In internet: <http://www.coohs.ca/oshanswer/workshchedules/workday.html>, 1-5, 2001
20. Howard SK, Gaba DM Smith B E. Simulation study of rested versus sleep-deprived anaesthesiologists. *Anesthesiology* 2003 ,98: 1345-1355
21. Gómez M, Sabeh EN. Calidad de vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica [actualizado 2007, citado 15 Nov 2007]. Disponible en: <http://campus.usal.es/~inico/investigacion/invesinico/calidad.htm> [Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca].
22. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública México* [serie en Internet]. 2002 [citado 12 Jul 2007]; 44(4). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-

36342002000400009&lng=en. doi: 10.1590/S0036-36342002000400009

23. CALABRESE G: ¿A que riesgos profesionales estamos expuestos los anestesiólogos? Rev. Anest. Mex. 2004;16;3. En Internet:
<http://www.anestesiaenmexico.org/RAM3/indexRAM3.html>.

24. CALABRESE G: Estrés crónico en el anestesiólogo actual. Actas Peruanas 2001;14;1;10-13.

25. CALABRESE G: Estrés laboral crónico en el anestesiólogo y sus consecuencias. Conferencia: En Actas del 32º Congreso Argentino de Anestesiología. Mendoza-R. Argentina setiembre 2003; 197-201

26. CALABRESE G: Efectos del Estrés laboral en el anestesiólogo. Conferencia: En Actas del 34º Congreso Argentino de Anestesiología. B. Aires-R. Argentina septiembre 2005; 146-50.

27. FIRTH-COZENS J. The psychological problems of doctors. In: Firth-Cozens J, Payne R, eds. Stress in health professionals: psychological and organizational causes and interventions. London: Wiley, 1999.

28. NYSSSEN AS, HANSEZ I, BAELE P, LAMY M, DE KEYSER V Occupational stress and burnout in anaesthesia. Br J Anaesth 2003 Mar; 90(3):333-7.

29. CALABRESE G.: Informe preliminar sobre "Encuesta de Riesgos Profesionales del Anestesiólogo en Latinoamérica". Comisión de Riesgos Profesionales. Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología En Actas: XXI Asamblea de delegados de CLASA. XXVI Congreso Latinoamericano de Anestesiología. San Salvador. El Salvador. 2001.

30. TRIANA M. A. HUERGO J.R.: Estudio de estrés en los anestesiólogos de La Habana. Rev. Esp Anest. Rean. 1994, 41, 273-277.

31. GRANGER C E: Stressin in or outing stress? European J Anesth. 13: 534-45 1996.

32. Calumbi RA, Amorim JA, Maciel CMC et al. – Avalia..o da qualidade de vida dos anestesiologistas da cidade do Recife. Rev Bras Anesthesiol, 2010;60:42-51.

33. Schwartzmann L – La calidad de vida de los médicos: estudio de una muestra de médicos del Uruguay. Vertex, 2007;18:103-110.
34. Austeclínio Newton Marinho Andrade 1 , Marco Antônio Costa de Albuquerque, TSA 2 , Aley Newton Marinho Andrade. Evaluaci.n del Nivel de Estr.s del Anestesi.logo de la Cooperativa de Anestesiolog.a de Sergipe. Revista Brasileira de Anestesiologia 265 Vol. 61, No 4, Julio-Agosto, 2011.
35. Arag.o PW, Prazeres JO, Arag.o VMF et al. – Press.o arterial do anestesiológista durante o ato anest.sico-cir.rgico no per.odo matutino. Rev Bras Anesthesiol, 2002;52:591-600.

XVI. ANEXOS

XVII. Anexo 1. Instrumento de recolección de datos

Instrumento para recolección de datos	No. _____
Fecha de investigación:	
<i>Datos demográficos</i>	
Sexo: ___ Femenino ___ Masculino	
Grupo etáreo : ___ 20 a 30 años ___ 31 a 40 años ___ 41 a 50 años ___ 51 a 60 años ___ más de 60 años	
Estado civil: ___ Soltero ___ Casado ___ Viudo ___ Divorciado ___ Conviviente	
Años de trabajo en su Unidad Operativa: ___ Menos de 1 año ___ entre 1 y 5 años ___ entre 5 y 10 años ___ entre 11 y 20 años ___ entre 21 y 30 años ___ más de 30 años	
Horario de trabajo ___ Matutino ___ Vespertino ___ Nocturno	
Horas de trabajo ___ Número de horas totales por semana	
* En caso de trabajar en 2 unidades indiquemos cuantas horas trabaja en cada sector ___ Número de horas en el sector público ___ Número de horas en el sector privado	

WHOQOL-BREF

Las siguientes preguntas evalúan cómo se siente acerca de su calidad de vida, salud u otras áreas de tu vida. Lea cada pregunta, junto con las opciones de respuesta. **Seleccione la respuesta que le parezca más apropiada.** Si no está seguro acerca de qué respuesta dar a una pregunta, la primera respuesta que piensa es a menudo el mejor.

Por favor tenga en cuenta los estándares, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense acerca de su vida en **las últimas cuatro semanas.**

		Muy Mal	Poco	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las cuatro últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor(físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuán totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las cuatro últimas semanas

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué tan disponible tiene la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las cuatro últimas semanas.

		Muy Insatisfecho	Poco satisfecho	Lo normal	Bastante Satisfecho	Muy Satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5

18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de si mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las cuatro últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Mediana mente	Frecuente mente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Las preguntas contenidas en el WHOQOLBREF tienen un puntaje que va desde uno a cinco puntos.

El Whoqol-Bref produce un perfil con 4 ítems puntuados (salud física, psicológica, relaciones, sociales y ambiente) y 2 ítems individuales sobre la percepción de la calidad de vida y salud. Los 4 ítems son puntuados en una dirección positiva del 0 al 100, los puntajes más altos muestran una mayor calidad de vida. Así también, los 2 ítems individuales son escalados en una dirección positiva, con una puntuación del 1 al 5, los puntajes más altos denotan una alta calidad de vida.

Para calcular los puntajes de los ítems se suman los puntajes obtenidos en cada pregunta, es decir, las preguntas que corresponden según ítems son las siguientes:

Salud Física: $[6-(Q3)] + [6-(Q4)] + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

Salud Psicológica: $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]$

Relaciones sociales: $Q20 + Q21 + Q22$

Ambiente: $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

Luego para transformar los puntajes de los 4 ítems a la escala de 0 a 100 se utilizan los rangos más altos de cada ítem y se utiliza una regla de 3.

Los resultados de cada una de las esferas del test se interpretarán de la siguiente manera:

- Menor a 25% Muy mala calidad de vida
- Entre 26% y 50% mala calidad de vida
- Entre 51% y 75% Regular calidad de vida
- Mayor a 75% Buena calidad de vida

XVII.II ANEXO 2. Ficha para la firma del Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
INSTITUTO SUPERIOR DE POSTGRADO
POSTGRADO DE ANESTESIOLOGÍA

AUTORIZACIÓN

Yo, _____, C.I. No. _____,

doy mi consentimiento por medio de la presente para participar en el trabajo de tesis titulado: **“Evaluación comparativa de la calidad de vida entre anestesiólogos y cirujanos generales que trabajan en hospitales públicos y privados del tercer nivel del Distrito Metropolitano de Quito por medio del Test WHOQOL – Bref, entre Septiembre y Octubre del 2012.”** de los Doctores, Diana Chango, Dra. Flor Pancha y Dr. Edgar Paredes.

Hago del consentimiento del autor que si por algún motivo deseo retirarme de dicho estudio, lo haré previa información dada al autor de este trabajo sin ninguna obligación de cualquier índole con el mismo.

Firma y C.I. No.:

Fuente: Autor

XVII.IV ANEXO 3. REGLAMENTO DE SEGURIDAD Y SALUD DE LOS TRABAJADORES Y MEJORAMIENTO DEL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO

DECRETO 2393

**León Febres-Cordero Ribadeneyra
PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA REPUBLICA**

(Decreto No. 2393, Registro Oficial No. 249, Febrero. 3/98)

Considerando:

1. Que es deber del Estado precautelar la seguridad y fomentar el bienestar de los trabajadores;
2. Que la incidencia de los riesgos de trabajo conlleva graves perjuicios a la salud de los trabajadores y a la economía general del país;
3. Que es necesario adoptar normas mínimas de seguridad e higiene capaces de prevenir, disminuir o eliminar los riesgos profesionales, así como también para fomentar el mejoramiento del medio ambiente de trabajo.;
4. En uso de las facultades que le confiere el literal c) del artículo 78 (actual 171) de la Constitución Política de la Republica, y de conformidad con el artículo 5 de la ley de Régimen Administrativo,
5. Decreta: el siguiente “Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo”

Título I

DISPOSICIONES GENERALES

Art. 1. ÁMBITO DE APLICACIÓN.- Las disposiciones del presente Reglamento se aplicarán a toda actividad laboral y en todo centro de trabajo, teniendo como objetivo la prevención, disminución o eliminación de los riesgos del trabajo y el mejoramiento del medio ambiente de trabajo.

Art. 2. DEL COMITÉ INTERINSTITUCIONAL DE SEGURIDAD E HIGIENE DEL TRABAJO.

Existirá un Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo que tendrá como función principal coordinar las acciones ejecutivas de todos los organismos del sector público con atribuciones en materia de prevención de riesgos del trabajo; cumplir con las atribuciones que le señalen las leyes y reglamentos; y, en particular, ejecutar y vigilar el cumplimiento del presente Reglamento. Para ello, todos los Organismos antes referidos se someterán a las directrices del Comité Interinstitucional. Para el correcto cumplimiento de sus funciones, el Comité Interinstitucional efectuará, entre otras, las acciones siguientes:

- i. Colaborar en la elaboración de los planes y programas del Ministerio de Trabajo, Ministerio de Salud y demás Organismos del sector público, en materia de seguridad e higiene del trabajo y mejoramiento del medio ambiente de trabajo.
- ii. Elevar a consideración del Ejecutivo los proyectos de modificación que estime necesarios al presente Reglamento y dictar las normas necesarias para su funcionamiento.
- iii. Programar y evaluar la ejecución de las normas vigentes en materia de prevención de riesgos del trabajo y expedir las regulaciones especiales en la materia, para determinadas actividades cuya peligrosidad lo exija.
- iv. Confeccionar y publicar estadísticas de accidentalidad y enfermedades profesionales a través de la información que a tal efecto facilitará el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Salud y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.
- v. Llevar el control de las sanciones que hayan sido impuestas por el Ministerio de Trabajo, IESS o Portafolio correspondiente, respecto a las infracciones cometidas por empresarios o trabajadores, en materia de prevención de riesgos profesionales.
- vi. Recopilar los reglamentos aprobados por el Ministerio de Trabajo y Recursos Humanos y el Consejo Superior del IESS en materia de Seguridad e Higiene del Trabajo.
- vii. Impulsar las acciones formativas y divulgadoras, de las regulaciones sobre seguridad e higiene del trabajo.
- viii. Propender a la investigación de las enfermedades profesionales en nuestro medio y a la divulgación obligatoria de sus estudios.

3. El Comité Interinstitucional de Seguridad e Higiene del Trabajo está compuesto por:

- a) El Jefe del Departamento de Seguridad e Higiene del Trabajo, en representación del Ministerio de Trabajo.
 - b) Un delegado de la Dirección Nacional de Control Ambiental, del IEOS, en representación del Ministerio de Salud.
 - c) (Agregado inc. 2 por el Art. 1 del D.E. 4217, R.O. 997, 10-VIII-88) El Jefe de la División de Riesgos del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, en representación de dicha Institución.
- Por cada representante principal, las instituciones públicas o con finalidad social, designarán un suplente.
- d) Tres delegados por el sector empleador.
 - e) (Agregado inc. 2 por el Art. 95 del D.E. 1437, R.O. 374, 4-II-94) Tres delegados por el sector laboral.

Asistirá a las sesiones, con derecho a voz, un representante del Consejo Nacional de Discapacidades.

Los delegados del sector empleador serán designados cada dos años por las Federaciones de Cámaras de Industrias, Comercio, Agricultura, Pequeña Industria y Construcción; y, los del sector laboral serán designados por igual período por las centrales sindicales legalmente reconocidas. Por cada delegado principal será designado al mismo tiempo y en la misma forma, un delegado suplente.

Este Comité contará con un Secretario Técnico, el mismo que será nominado por el IESS, de entre sus abogados especializados en esta rama; y, un Asesor especializado en Medicina e Higiene del Trabajo, quien será designado por el Ministro de Trabajo y Recursos Humanos.

4. (Reformado por el Art. 2 del D.E. 4217, R.O. 997, 10-VIII-88) Todos los programas formativos que se impartan en materia de prevención de riesgos del trabajo, deberán ser aprobados por el Comité Interinstitucional, en un plazo de tres meses, contados desde la fecha de su presentación máximo hasta el treinta de septiembre de cada año. Si el Comité no adoptare ninguna resolución en el plazo indicado, se considerará aprobado de hecho el programa presentado y tendrá plena validez legal. Cualquier programa formativo que se desarrolle al margen de este Reglamento, carecerá de validez legal a los efectos del mismo.

5. Para la ejecución de sus funciones el Comité Interinstitucional podría recabar la colaboración de cualquier Ministerio, Organismo o Institución del sector público, los cuales estarán obligados, en tal supuesto, a enviar el representante o aportar el apoyo técnico o científico necesario que se le solicite.

6. El funcionamiento del Comité Interinstitucional se regirá por las siguientes normas:

a) Tendrá su sede en la ciudad de Quito y será responsabilidad del Ministerio de Trabajo dotarlo de los elementos necesarios para su funcionamiento; así como del presupuesto correspondiente.

b) La presidencia del mismo la ejercerá en forma rotativa y anual cada uno de los representantes del sector público.

c) Se reunirá en forma ordinaria al menos una vez cada mes y en casos emergentes a petición de cualquiera de sus miembros. El quórum se hará con cinco de sus miembros.

d) Las resoluciones se adoptarán con el voto conforme de la mitad más uno de los miembros presentes en la sesión.

Art. 3. DEL MINISTERIO DE TRABAJO.- Corresponde a este Ministerio, en materia de Seguridad e Higiene en el Trabajo, las facultades siguientes:

1. Participar por intermedio de la Jefatura del Departamento de Seguridad e Higiene del Trabajo como miembro nato en el Comité Interinstitucional.

2. Recolectar datos a nivel nacional respecto a composición y número de la población laboral, horarios de trabajo y número de accidentes y enfermedades profesionales, sus causas y consecuencias. Tales datos serán regularmente remitidos al Comité Interinstitucional a efectos de elaborar la estadística respectiva.

3. Mantener relaciones con Organismos Internacionales y con los otros países en materias de prevención de riesgos del trabajo y mejoramiento de las condiciones del medio ambiente laboral.
4. Impulsar, realizar y participar en estudios e investigaciones sobre la prevención de riesgos y mejoramiento del medio ambiente laboral; y, de manera especial en el diagnóstico de enfermedades profesionales en nuestro medio.
5. Promover, realizar o contribuir a la formación y perfeccionamiento de especialistas en seguridad industrial (Ingenieros de Seguridad) e Higiene Industrial (Medicina e Higiene del Trabajo).
6. Informar e instruir a las empresas y trabajadores sobre métodos y sistemas a adoptar para evitar siniestros y daños profesionales.
7. Vigilar el cumplimiento de las normas legales vigentes, relativas a Seguridad y Salud de los Trabajadores.
8. Ordenar la suspensión o paralización de los trabajos, actividades u operaciones que impliquen riesgos para los trabajadores.
9. Determinar las responsabilidades que se deriven del incumplimiento de las obligaciones impuestas en este Reglamento, imponiendo las sanciones que correspondan a las personas naturales o jurídicas que por acción u omisión infrinjan sus disposiciones, comunicando periódicamente al Comité Interinstitucional los datos relativos a tales sanciones.
10. Analizar y aprobar en su caso los Reglamentos Internos de Seguridad e Higiene de las empresas e informar de los mismos al Comité Interinstitucional.
11. Sugerir las normas de seguridad e higiene del trabajo que deben de aplicarse en empresas a instalarse en el futuro.

Art. 4. DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE OBRAS SANITARIAS.- Son funciones del Ministerio de Salud Pública, relacionadas con la Seguridad e Higiene del Trabajo, las siguientes:

1. Participar como miembro en el Comité Interinstitucional, por intermedio de la Dirección Nacional de Control Ambiental del Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias.
2. Coordinar a través del Comité Interinstitucional las acciones en materia de prevención de riesgos, control y prevención de la contaminación ambiental.
3. Definir normas sobre la seguridad e higiene del trabajo en el proyecto y en la instalación de futuras empresas.
4. Recopilar datos sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales que aportará al Comité Interinstitucional.
5. Realizar estudios epidemiológicos referentes a enfermedades profesionales.

Art. 5. DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL.- El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, por intermedio de las dependencias de Riesgos del Trabajo, tendrá las siguientes funciones generales:

1. Ser miembro nato del Comité Interinstitucional.
2. Vigilar el mejoramiento del medio ambiente laboral y de la legislación relativa a prevención de riesgos profesionales, utilizando los medios

necesarios y siguiendo las directrices que imparta el Comité Interinstitucional.

3. Realizar estudios e investigaciones sobre prevención de riesgos y mejoramiento del medio ambiente laboral.

4. Promover la formación en todos los niveles de personal técnico en estas materias, particularmente en el perfeccionamiento de prevención de riesgos.

5. Informar e instruir a empresas y trabajadores sobre prevención de siniestros, riesgos de trabajo y mejoramiento del medio ambiente.

6. Mantener contactos e informaciones técnicas con los organismos pertinentes, tanto nacionales como internacionales.

Art. 6. DEL MINISTERIO DE COMERCIO EXTERIOR, INDUSTRIALIZACIÓN Y PESCA. (Reformado por Art. 28 de la Ley 12, R.O. 82-S, 9-VI-97).

1. El Ministerio de Comercio Exterior, Industrialización y Pesca colaborará en la política general de prevención de riesgos a través de las siguientes acciones:

a) Prohibiendo la importación, venta, exhibición y utilización de máquinas, equipos y productos que no cumplan con las estipulaciones del presente Reglamento.

b) Incentivando la instalación de industrias dedicadas a la fabricación de productos destinados a la protección personal y colectiva de los trabajadores y facilitando la importación de los mismos, cuando no existan homólogos de fabricación nacional.

c) Toda maquinaria, equipo y productos que vaya a ser importado, vendido, utilizado, exhibido o producido deberá ser acompañado de una descripción minuciosa de los riesgos del trabajo que puedan ocasionar y de las normas de seguridad e higiene industrial que pueden prevenirlos.

d) Las máquinas y equipos serán utilizados solamente para las funciones establecidas y fijadas en su diseño que deberá estar certificado por la empresa constructora.

2. A tal efecto, en el proceso de clasificación de industrias, el estudio técnico se realizará teniendo en cuenta la seguridad e higiene del proceso y la contaminación ambiental derivada de éste, exigiendo que dentro de la ingeniería del proyecto se incluyan los procedimientos para contrarrestar los problemas de riesgos profesionales y de contaminación.

Nota:

Mediante Decreto Ejecutivo 1880 (R.O. 418, 24-IX-2001) se cambió la denominación del Ministerio de Comercio Exterior, Industrialización y Pesca por la de Ministerio de Comercio Exterior, Industrialización, Pesca y Competitividad.

Art. 7. DEL MINISTERIO DE ENERGÍA Y MINAS.

1. El citado Portafolio, a través del Instituto Nacional de Minería y la Dirección General del Medio Ambiente, colaborará en la aplicación del presente Reglamento, mediante el desarrollo normativo, control y asesoramiento técnico, en la parte relativa a minas y canteras; así como exigiendo el cumplimiento del mismo, para conceder los beneficios de la Ley de Fomento Minero, a las empresas que lo soliciten.

2. Exigirá a las empresas, dentro del ámbito de su competencia, que el diseño de instalaciones, importaciones, compra de equipos y maquinaria, se sujeten a las disposiciones del presente Reglamento.

Art. 8. DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE NORMALIZACIÓN.- El Instituto Ecuatoriano de Normalización:

1. Desarrollará las normas técnicas y códigos de prácticas para la normalización y homologación de medios de protección colectiva y personal.

2. Ejecutará los procesos de implantación de normas y control de calidad de los citados medios de protección.

3. Asesorará a las diversas instituciones del país interesadas en la materia, en aspectos de normalización, códigos de prácticas, control y mantenimiento de medios de protección colectiva y personal.

Art. 9. DEL SERVICIO ECUATORIANO DE CAPACITACIÓN PROFESIONAL.

1. El Servicio Ecuatoriano de Capacitación Profesional introducirá en sus programas de formación a nivel de aprendizaje, formación de adultos y capacitación de trabajadores, materias de seguridad e higiene ocupacional.

2. Capacitará a sus instructores en materias de seguridad y salud de los trabajadores.

3. Efectuará asesoramiento a las empresas para formación de instructores y programación de formación interna.

Para el cumplimiento de tales fines solicitará el concurso de la división de Riesgos del Trabajo del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

Art. 10. Todas las demás instituciones del sector público, además de las organizaciones de empresarios y trabajadores, colaborarán en la aplicación del presente Reglamento.

Art. 11. OBLIGACIONES DE LOS EMPLEADORES.- Son obligaciones generales de los personeros de las entidades y empresas públicas y privadas, las siguientes:

1. Cumplir las disposiciones de este Reglamento y demás normas vigentes en materia de prevención de riesgos.

2. Adoptar las medidas necesarias para la prevención de los riesgos que puedan afectar a la salud y al bienestar de los trabajadores en los lugares de trabajo de su responsabilidad.

3. Mantener en buen estado de servicio las instalaciones, máquinas, herramientas y materiales para un trabajo seguro.

4. Organizar y facilitar los Servicios Médicos, Comités y Departamentos de Seguridad, con sujeción a las normas legales vigentes.

5. Entregar gratuitamente a sus trabajadores vestido adecuado para el trabajo y los medios de protección personal y colectiva necesarios.

6. Efectuar reconocimientos médicos periódicos de los trabajadores en actividades peligrosas; y, especialmente, cuando sufran dolencias o defectos físicos o se encuentren en estados o situaciones que no respondan a las exigencias psicofísicas de los respectivos puestos de trabajo.

7. (Agregado inc. 2 por el Art. 3 del D.E. 4217, R.O. 997, 10-VIII-88)
Cuando un trabajador, como consecuencia del trabajo, sufre lesiones o puede contraer enfermedad profesional, dentro de la práctica de su

actividad laboral ordinaria, según dictamen de la Comisión de Evaluaciones de Incapacidad del IESS o del facultativo del Ministerio de Trabajo, para no afiliados, el patrono deberá ubicarlo en otra sección de la empresa, previo consentimiento del trabajador y sin mengua a su remuneración.

La renuncia para la reubicación se considerará como omisión a acatar las medidas de prevención y seguridad de riesgos.

8. Especificar en el Reglamento Interno de Seguridad e Higiene, las facultades y deberes del personal directivo, técnicos y mandos medios, en orden a la prevención de los riesgos de trabajo.

9. Instruir sobre los riesgos de los diferentes puestos de trabajo y la forma y métodos para prevenirlos, al personal que ingresa a laborar en la empresa.

XVII.V ANEXO 4. GUÍA DE PREVENCIÓN Y PROTECCIÓN DE LOS RIESGOS PROFESIONALES DEL ANESTESIOLOGO

Dr Gustavo Calabrese (URUGUAY)

**Anestesiólogo Coordinador de la Comisión de Riesgos Profesionales
de la C.L.A.S.A CONFEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE
SOCIEDADES DE ANESTESIOLOGÍA 2003**

Índice

1. Introducción
2. Clasificación
3. Riesgos biológicos
4. Riesgos ergonómicos
5. Riesgos físicos
6. Riesgos químicos
7. Estrés laboral crónico
8. Farmacodependencia
9. Riesgos de la organización laboral
10. Riesgos de trastornos psíquicos
11. Alteraciones reproductivas

Introducción:

El riesgo es inherente a toda actividad humana médica y no médica , definiéndolo como la incertidumbre de que un hecho ocurra en un periodo y condiciones determinadas comportando una pérdida. Para el anestesiólogo los Riesgos Profesionales son aquellos riesgos a los que esta expuesto en el ejercicio de su especialidad en la práctica diaria , los mismos pueden dividirse en riesgos sobre la salud o no legales y los legales .Nuestro enfoque es hacia los riesgos sobre la salud .En ese sentido el anestesiólogo esta expuesto a una serie de riesgos en su práctica diaria que pueden en algunos casos derivar en graves consecuencias sobre su salud repercutiendo en el plano personal , familiar , laboral y social por lo que es considerado dentro de los trabajadores de la salud como de “ alto riesgo profesional “ .

En el marco del desarrollo del “Proyecto de Riesgos Profesionales del Anestesiólogo en Latinoamérica “ “Orientado al Siglo 21 “ de la Comisión de Riesgos Profesionales de la CLASA .(Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología) , nos planteamos buscar los caminos para lograr alcanzar la visión de nuestro proyecto que consiste en establecer una política integral sobre la salud ocupacional del anestesiólogo orientada a la prevención/ protección sobre los riesgos profesionales que asume el anestesiólogo en el desarrollo de su trabajo buscando disminuir o abatir la prevalencia de los mismos.

Para lograr esos objetivos la Comisión de Riesgos Profesionales de la CLASA establece entre otras estrategias el desarrollo de una Guía para la Prevención y Protección sobre los riesgos profesionales que provean:

1. Información y recomendaciones para ser consideradas por los anestesiólogos de aplicación voluntaria .
2. Recomendaciones para ser consideradas por los agentes involucrados cuando se lleven negociaciones sobre condiciones laborales de los anestesiólogos, en nuestros casos las Sociedades y/o Federaciones de Anestesia filiales de CLASA de aplicación obligatoria
3. Información y recomendaciones para ser consideradas por el empleador del anestesiólogo
4. Además puede ser tomada como guía legal ya que contribuye al llamado “estado de conocimiento sobre los riesgos y la manera de disminuirlo o abatirlos“, para lograr en el futuro fuerza legislativa (este desafío dependerá de cada país).

En definitiva cada Sociedad y/o Federación de Anestesia filial de CLASA deberá exigir el cumplimiento de esta Guía.. Esta guía se elevara desde CLASA a ámbitos y organizaciones para su aval y apoyo como O .I. T (Organización Internacional del Trabajo) y O .P .S. (Organización Panamericana de la Salud) Para el desarrollo del mismo tomamos como eje la clasificación de los riesgos profesionales en salud de la CLASA

3

2. CLASIFICACIÓN

En 1975 enmarcado en la preocupación del tema surgió de la Comisión Permanente de Riesgos profesionales en la C. L. A. S. A. (Confederación Latinoamericana de Sociedades de Anestesiología) analizando la literatura científica de la época se estableció la clasificación de los Riesgos Profesionales del Anestesiólogo la cual ha sido re actualizada a los tiempos y realidades del siglo 21 (1)(2)(3)

En la clasificación de los riesgos profesionales del anestesiólogo se agrupan en relación a agentes o situaciones causales a las que esta expuesto en su ejercicio profesional diario, es entonces que tenemos (3)

RIESGOS vinculado a la naturaleza del trabajo anestesiológico

Destacándose :

- estrés crónico laboral
 - trastornos psicosociales
 - fármaco dependencia
 - ergonomía
 - RIESGOS vinculados a agentes biológicos
- dentro de las que se destacan las infecciones transmitidas por pacientes debido a agentes patógenos tales como:
- virales: hepatitis B , hepatitis C , HIV
 - bacterianos
 - hongos
 - otros
 - RIESGOS vinculados a agentes físicos y de seguridad
 - radiaciones ionizantes (rx)
 - radiaciones no ionizantes (laser)
 - ruidos y vibraciones
 - carga térmica
 - ventilación
 - iluminación
 - eléctricas de alto y bajo voltaje

- incendios
- gases comprimidos (balones)
- RIESGOS vinculados a la organización laboral
- organización y contenido del trabajo
- diseño del puesto de trabajo
- calendario ,carga horaria y densidad de tareas
- violencia
- RIESGOS vinculados a agentes químicos
- alergias al látex
- gases